

L'ODONTOLOGIE

Châteauroux — Imprimerie A. Mellottée.

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE, ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS, SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR **Paul Dubois**

DIRECTEUR : **Ch. Godon,** Président-directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **Maurice Roy,** Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

ADMINISTRATEUR-GÉRANT ET SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :
Blatter, Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

27e année. — N° 1. — 1er SEMESTRE 1907. — Vol. XXXVII.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe

Téléphone 223.04

27e ANNÉE. N° 1 15 JANVIER 1907 VOL. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

PATHOGÉNIE DE LA CARIE DENTAIRE

Troubles réactionnels que provoquent les infections dans les tissus durs dentaires. Démembrement de la carie. Classification nouvelle basée sur l'histologie pathologique et sur la clinique [1].

Par M. MARCEL CAVALIÉ,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Ire PARTIE

I. LA CARIE DENTAIRE, SA SIGNIFICATION CLASSIQUE. — Les dents, comme les autres organes, peuvent être le siège d'infections par les agents microbiens. Les altérations et les troubles qui en sont la conséquence les font souvent aboutir à leur perte. Si les tissus durs des dents sont atteints, spécialement au niveau de la couronne, il se forme une cavité qui s'étend progressivement de la périphérie vers la chambre pulpaire ; il est d'usage ancien et aujourd'hui universel de réserver à ce processus destructif l'expression de « carie dentaire ».

Si l'accord s'est établi sur le mot *carie,* il n'en est pas de même pour sa signification précise.

1. Communication présentée au Congrès de l'A. F. A. S. Section d'Odontologie (Lyon, août 1906) et au Congrès de la Société Odontologique Suisse (Genève, août 1906).

Faut-il tout d'abord y comprendre les altérations des tissus durs des racines, celles du cément en particulier, tout comme celles des tissus durs des couronnes ?

Il règne, à ce sujet, une incertitude, une véritable hésitation.

Pour la plupart des auteurs, la carie, de cause externe, débute généralement par l'émail de la couronne ; les caries du cément sont souvent négligées ou à peine signalées.

La carie dentaire est une affection caractérisée par le ramollissement et la destruction progressive des tissus durs de la dent. Elle procède constamment de l'extérieur à l'intérieur, creuse dans la couronne des cavités de plus en plus profondes qui rejoignent tôt ou tard la chambre pulpaire, détruit peu à peu la totalité de la couronne et finit même par envahir les racines [1].

Telle est la définition remarquable donnée par Redier, vraie profession de foi, ne préjugeant en rien de la nature de l'affection.

Le même auteur cite brièvement, au cours de son ouvrage, les caries du cément (page 29-30).

Scheff [2], dans son traité, en donne une description, d'ailleurs assez succincte.

En admettant que la carie dentaire s'adresse à tous les tissus durs des dents, faut-il y englober les lésions pulpaires ?

En d'autres termes, ces dernières représentent-elles un des stades de la carie ? Il ne saurait être question de carie de la pulpe, le mot carie renfermant implicitement le sens de lésion des tissus durs.

Cependant, là encore existe une légère confusion, puisque la carie du 4e degré (classification de l'École de Paris) se distingue de la carie du 3e degré par la mortification ou simplement par la destruction fonctionnelle de la pulpe.

Envisagée ainsi, l'affection frappe non seulement les tissus durs, mais encore les tissus mous et aboutit à la destruction complète de l'organe dentaire :

---

1. Redier, *Traité théorique et pratique de la carie dentaire*, 2e édition. Paris, 1905.
2. Scheff, *Handbuch der Zahnheilkunde*, 2e édit. Band II, 1 Abtheilung, Wien, 1903, page 219.

On comprend sous le nom de carie dentaire un processus pathologique qui, après avoir ramolli plus ou moins et détruit les tissus, donne lieu à une perte de substance et se termine, après la destruction de la pulpe, par la perte complète de l'organe dentaire [1].

C'est ce que Fauchard avait écrit plus simplement cent cinquante ans plus tôt [2] :

La carie des dents est une maladie qui les détruit...

Cette définition aurait conservé toute sa valeur si de nombreux observateurs n'avaient constaté depuis longtemps que les dents mortes sont susceptibles de subir une altération destructive analogue à celle des dents vivantes.

C'est un fait connu depuis longtemps que les fausses dents provenant de l'homme ou faites avec l'ivoire de l'éléphant ou de l'hippopotame se carient dans la bouche aussi bien que les dents naturelles. La carie s'établit même très vite dans ces fausses dents et commence ordinairement dans les points où les dents sont fixées sur les plaques, ou bien maintenues à l'aide de crochets [3].

Il faut ajouter que les dents sur le cadavre et que les dents isolées sont également susceptibles de se carier. Miller est arrivé à reproduire artificiellement la carie sur des fragments de dents saines conservés dans du pain et de la salive à la température de 37° à l'étuve pendant plusieurs mois. La signification de la carie dentaire s'étendrait dès lors à des masses de substance inanimée, inerte, comme à des organes vivants. Il ne saurait plus s'agir ici d'une maladie. C'est un argument de valeur qui élimine, pour expliquer et justifier la carie, tout phénomène vital ou fonctionnel, faisant d'elle un processus non pas pathologique ou morbide, mais purement passif de la part des tissus frappés.

Problème troublant, encore à l'heure actuelle, que ne tranchent pas les auteurs classiques et que les théories en vogue ne permettent pas d'élucider d'une manière satisfaisante. Au seuil du vingtième siècle, la carie dentaire nous apparaît

---

1. Leber et J.-B. Rottenstein, *Recherches sur la carie dentaire*, page 1. 2e édition. Paris, 1878.
2. Fauchard, *Le chirurgien-dentiste ou traité des dents*, tome Ier, page 143, 2e édition. Paris, 1746.
3. Leber et Rottenstein, *loc. citat.*, page 51.

comme un ensemble difficile à définir et à comprendre, altération destructive pour les uns, affection spéciale pour les autres.

Sans préjuger du terrain où elle est susceptible d'évoluer, elle frappe indistinctement les dents mortes et les dents vivantes ; elle ne respecte, malgré leur diversité, aucun des tissus durs, émail, ivoire, cément. Elle atteint même la pulpe.

Les hypothèses ou théories explicatives de sa nature se sont presque toujours ressenties de cette signification complexe.

II. NATURE DE LA CARIE DENTAIRE. HYPOTHÈSES ET THÉORIES EXPLICATIVES DU PROCESSUS DESTRUCTIF. — Les observateurs ont cherché de tout temps à donner une explication du processus destructif, dans la carie, à l'aide d'hypothèses ou de théories révélant le niveau des connaissances scientifiques de l'époque où elles ont été émises.

Je n'ai pas l'intention de les exposer ici d'une façon complète. Il suffit pour cela de parcourir l'historique intéressant qu'en ont tracé Scheff dans son traité [1] et mon élève Rabier, dans sa thèse inaugurale [2]. Je me bornerai simplement à dire qu'elles dépendent toutes de deux grandes idées contraires, directrices et dominantes :

1° *Les tissus durs des dents sont inertes et considérés comme pourvus d'une vitalité à peu près nulle ou si faible qu'ils subissent sans résistance les actions envahissantes et destructives venues principalement de l'extérieur ;*

2° *Les tissus durs des dents possèdent une vitalité appréciable qui, conjointement à celle du tissu pulpaire, fait de la dent un organe bien vivant et susceptible de réagir vis-à-vis des atteintes extérieures.*

La première idée, celle de l'inertie, a conduit les auteurs

---

1. Scheff, *loc. citat.*, p. 176 et suivantes.
2. L.-J.-R. Rabier, *Contribution à l'étude des odontites. Caries dentaires, d'après des recherches récentes.* Thèse pour le Doctorat en Médecine. Bordeaux, 1905, p. 20 et suivantes.

qui l'admettent à considérer la dent en voie de destruction, comme une planche rongée par la vermine, ou mieux comme un bloc calcaire que dissolvent des substances chimiques. Elle offre l'avantage important d'expliquer la carie des dents vivantes et celle des dents mortes ou de prothèse.

La deuxième idée tend à faire de la carie des dents vivantes une véritable maladie différente de l'altération des dents mortes et répondant à la définition qu'a formulée un de nos maîtres, M. le professeur Bouchard :

La maladie est l'ensemble des actes fonctionnels et secondairement des lésions anatomiques qui se produisent dans l'économie subissant à la fois les causes morbifiques et réagissant contre elles.

Il s'agit, bien entendu, dans le cas actuel, d'une maladie locale.

Ces deux idées opposées ont joui d'une fortune bien inégale.

III. 1re IDÉE. — A. *Les tissus durs sont inertes et considérés comme pourvus d'une vitalité si faible qu'ils subissent sans résistance les actions destructives extérieures.* — La première idée a presque toujours été et est encore triomphante. Elle a permis de fournir, suivant les époques, sur le processus destructif des dents cariées, des explications qui, jusqu'au XIX siècle, n'ont reposé sur aucune base rigoureusement scientifique.

Telles sont les hypothèses :

1° De la fermentation destructive des substances au contact des dents (Hippocrate).

2° De la pourriture de ces mêmes substances (Pfaff).

3° Des agents mécaniques, des agents thermiques ou des agents électriques destructeurs.

4° Des vers rongeants (Scribonius Largus, Ebn Sina, Andry, etc.).

L'application à la carie dentaire des progrès de la chimie (à partir de la fin du XVIIIe siècle) donne naissance à la théorie chimique, acide ; celle des perfectionnements de l'observation microscopique (XIXe siècle), à la théorie parasitaire.

Par un heureux éclectisme, basé sur de nombreuses observations et sur l'expérimentation, les auteurs actuels admettent, pour la plupart, les deux théories sous la dénomination de théorie chimico-parasitaire.

B. *Théorie chimique, acide.* — Les sels minéraux qui entrent dans la constitution des tissus durs des dents — c'est un fait banal d'expérimentation — peuvent être dissous par un acide minéral ou organique.

Il suffit de plonger une dent dans une solution acide plus ou moins étendue, pour en obtenir plus ou moins rapidement la décalcification.

Berdmore (1771) paraît être un des premiers à avoir publié cette constatation.

Mais, avant lui, Paul d'Egine avait observé que, dans les indigestions, les aliments vomis étaient funestes pour les dents, en raison de leur acidité.

Tomes, Weld, Magitot, Leber et Rottenstein, et beaucoup d'autres ont fait de nombreuses recherches sur l'influence des acides dans la production et dans l'évolution de la carie dentaire.

Magitot [1] a fait séjourner des dents pendant deux ans dans des solutions acides très faibles et a constaté leur altération.

Leber et Rottenstein ont obtenu le même résultat en quelques jours par l'emploi des solutions moins faibles, par exemple d'acide acétique, d'acide tartrique, d'acide oxalique à 1 o/oo.

L'action nocive du raisin (cure de raisins), du jus de citron, du vinaigre, du cidre, des tomates, des pommes, des oranges, des groseilles, des mûres est bien connue également, ainsi que celle de certaines médications, telles que les collutoires et les gargarismes acides, les pâtes de lichen, de jujube, les pastilles et les préparations de phosphates de chaux à réaction acide.

Les sels acides et les sels dont l'acide a une plus grande

1. Magitot, *Traité de la carie dentaire.* Paris (1867). *Recherches sur la carie des dents* (1871).

affinité pour les bases des sels minéraux des dents sont susceptibles d'attaquer les tissus durs. Le tartrate acide de chaux rentre dans cette catégorie. Quelques corps non acides, comme l'alun (Magitot), jouissent de la même propriété.

Les affections inflammatoires des muqueuses buccale et pharyngienne, certaines maladies générales sont susceptibles de rendre acide le milieu buccal et d'influer sur la carie.

Enfin un certain nombre de substances, en particulier les hydrates de carbone, peuvent subir dans la cavité buccale la fermentation acide par production d'acide lactique et aussi en moindre quantité d'acide propionique, acétique et butyrique. Le lait, le sucre, les confiseries, les pâtes alimentaires, les farines entrent dans cette catégorie. Ce qui expliquerait la propension à la carie dentaire des boulangers, des pâtissiers, des confiseurs.

Hinkins, au Congrès dentaire international de Saint-Louis, a soutenu que la ptyaline de la salive a non seulement la propriété de transformer l'amidon en sucre, mais de transformer aussi le sucre en acide ; d'où action nocive sur les dents. Miller a infirmé cette action.

Lehmann a attribué à la mucine de la salive une fonction acide qui attaquerait les dents [1]. Kirk dit que c'est surtout à la présence du phosphate acide de sodium qu'est due la décalcification dans la carie.

C. *La théorie parasitaire et la théorie chimico-parasitaire.* — Si la théorie chimique acide explique amplement la décalcification et la fonte des tissus durs, elle est loin de nous renseigner et de nous satisfaire sur le mode de destruction et sur les phénomènes observés dans la carie dentaire.

La carie est localisée au début à un point d'émail de la couronne. Elle offre le plus souvent une coloration qui varie du jaune au noir. Sa marche, lente dans l'émail, est plus rapide dans l'ivoire.

---

1. Miller, *Détermination de l'agent pathogène de la carie dentaire* (Congrès de Lisbonne, 1906).

L'action expérimentale des acides sur les dents en dehors de la bouche ne peut pas reproduire cette affection.

Les acides gonflent la cuticule de l'émail et ramollisent l'émail sans donner les aspects de la carie ; l'émail, plus riche en sels calcaires que l'ivoire, est plus rapidement que ce dernier dissous et détruit par les acides. La coloration plus ou moins foncée n'existe pas.

L'examen microscopique des dents ayant subi l'action des acides montre nettement aussi la différence des deux processus.

On a observé que, dans la carie, les canalicules de l'ivoire sont élargis irrégulièrement, sont moniliformes, variqueux, parfois très dilatés.

La substance organique est modifiée, puis détruite.

Il est possible même de noter souvent des phénomènes de calcification dans les canalicules et autour d'eux.

L'action des acides ne paraît pas suffire pour reproduire ces phénomènes.

Aussi dès que les études microscopiques sont appliquées aux tissus durs dentaires, deux nouvelles théories viennent supplanter la théorie chimique ou s'ajouter à elle : ce sont la théorie parasitaire et la théorie chimico-parasitaire.

D. *Théorie parasitaire.* — Bühlmann (1840) [1] et Erdl (1843) [2] constatent simplement la présence de parasites dans la substance cariée.

Ficinus (1847) [3] trouve des infusoires dans la cavité buccale et dans les cavités cariées ; il les appelle denticola. Il leur attribue le rôle pathogénique destructeur en produisant une sorte de putréfaction.

Opinion erronée n'expliquant pas la disparition des sels calcaires, qui est surtout liée à l'action des acides.

---

1. Bühlmann, *Ueber eine eigenthümliche auf den Zähnen der Menschen vorkommende Substanz* (*Arch. f. anat. phys. und wissenschaftl. Medic. von Müller*, 1840).

2. Erdl, *Chemische Analyse der Cariesmaterie* (*Allgem. Zeitung für innere Heilkunde, Chirurg und ihre Hilfswissenschaften, von Rohatzsh*, 1843).

3. Ficinus, *Ueber das Ausfallen der Zähne und das Wesen der Zahncaries* (*Journal der Chirurg und Augenheilkunde von Walther*. Berlin, 1847).

Klencke (1850) [1], est éclectique ; pour lui il y aurait :

une forme de carie molle provoquée par la putréfaction sous l'action des denticola ;

une forme de carie molle produite par un parasite particulier : le protococcus dentalis ;

une carie sèche due à l'action des acides.

E. *Théorie chimico-parasitaire.* — Pour Leber et Rottenstein (1878) [2], les tissus durs sont détruits par le leptothrix buccalis ;

l'action chimique acide est nécessaire, mais n'est pas suffisante. Ce sont les parasites, qui par leur présence permettent d'expliquer le début, la marche et les lésions variées de la carie.

La carie dentaire ne tarde pas à profiter largement de l'avènement et de la vulgarisation des doctrines microbiennes.

Dès 1881, Miles et Underwood [3] établissent que la carie peut être produite par un grand nombre de microorganismes de la cavité buccale et par les acides.

Depuis lors, de nombreux travaux remarquables ont été publiés en France et à l'étranger pour rechercher l'agent ou les agents spécifiques de la carie. Il faudrait un volume pour les résumer.

Je me bornerai simplement à en indiquer quelques-uns parmi les plus importants.

Galippe et Vignal [4] parviennent à isoler six espèces ou variétés microbiennes, dont quatre constantes et deux non constantes sur dix-huit dents examinées.

Miller [5] a rencontré dans les parties profondes des dents cariées, à la limite du tissu normal et du tissu altéré, cinq espèces microbiennes qui représentent des agents de la carie.

---

1. Klencke, *Die Verderbnis der Zähne* (*Gekrönte Preisschrift.* Leipzig, 1850).
2. Leber et Rottenstein, *loc. citat.*
3. Miles And Underwood. *An investigation into the effects of organisms upon the teeth and alveolar portions of the jaws* (*Trans. of the Int. Med. Congress.* London, 1881).
4. Galippe et Vignal, *L'Odontologie*, 1889.
5. Miller, 1° *Archiv für exper. Pathologie u. Fharmakol. Bd* XVI ; 2° *Correspondanz. f. Zahnärzte*, 1884.

Il les appelle par les cinq premières lettres de l'alphabet grec : α, β, γ, δ, ε.

Il a décrit une sixième espèce, le bacillus dentalis viridans.

Jung [1] a isolé dix espèces :

Ich selbst konnte bei Untersuchung von 72 Zähnen zehn verschiedene Bakterienarten nachweisen, für die ich die Bezeichnung Cariesbakterien a-k wählte. Eine knappe Charakteristik mögen die folgenden Zeilen geben.

Sieberth a trouvé des streptocoques dans les couches profondes des tissus cariés et en fait l'agent spécifique de la carie.

Goadby [2] a cité notamment :

Un bacillus necrodentalis.

Un bacillus furvus.

Un bacillus plexiformis.

Il a divisé, d'après leur action, les bactéries en deux classes :

1° Les bactéries décalcifiantes, qui produisent des acides ;

2° Les bactéries qui liquéfient la dentine et qui produisent une réaction alcaline du milieu.

Choquet [3] a trouvé sur des dents obturées depuis longtemps et dont les obturations n'étaient pas altérées, plusieurs variétés microbiennes parmi lesquelles des microcoques et des bacilles.

On ignore, en somme, à l'heure actuelle, s'il y a un ou plusieurs agents microbiens spécifiques.

Il n'existe pas de microbe spécifique de la carie dentaire, dans l'acception propre du mot. Les espèces qu'on est appelé à rencontrer dans les couches profondes de la dentine ne sont que des espèces ordinaires, plus ou moins pathogènes il est vrai, mais provenant de la cavité buccale. (CHOQUET.)

---

1. Jung, *Handbûch der Zahnheilkunde herausgegeben von Scheff II Band I Abtheilûng.* Wien 1903, p. 214.
2. Goadby, *British Dental Associat.* (1900), and *Dental Cosmos* (1900).
3. J. Choquet, *Etude de quelques microbes de la carie dentaire.* IIIe Congrès dentaire international. Paris, août 1900. Comptes rendus publiés par le Dr Sauvez, 1901, tome t. page 156.

Miller, tout récemment [1], admet deux stades dans la destruction des dents par la carie :

1° La décalcification des tissus durs ;

2° La fonte de la substance organique décalcifiée.

Le premier stade est redevable des substances acides exceptionnellement présentes dans le milieu buccal ou le plus souvent provenant des fermentations. Il s'observe seul dans l'émail.

Le second stade est un phénomène de dissolution, une véritable digestion produite par les bactéries. Il est le propre de l'ivoire et fait suite au premier stade dans ce tissu.

Il semble rationnel d'admettre avec Redier [2] qu'il y a trois sortes de microbes :

1° Les microbes producteurs d'acide ou décalcifiants ;

2° Les microbes chromogènes expliquant la pigmentation ;

3° Les microbes liquéfacteurs de la dentine ramollie.

Il faut ajouter que les microbes décalcifiants peuvent produire des acides, soit en provoquant les fermentations des substances hydrocarbonées du milieu buccal, soit en sécrétant des toxines acides.

Enfin, comme l'indique Preiswerck [3] les microbes peuvent sécréter des trypsines en milieu alcalin (enzymes protéolytiques) qui liquéfient la gélatine, ramollissent les tissus dentaires en détruisant la charpente organique et en libérant les sels calcaires.

Ce sont les caries alcalines, chroniques.

Si je fais l'essai synthétique des conceptions contemporaines sur la pathogénie de la carie dentaire, il ressort nettement que :

1° Les substances acides ne paraissent pas à elles seules suffisantes pour produire la carie dentaire, sauf au début de l'affection où elles peuvent en être le primum movens sur l'émail.

---

1. Miller, *loco citato*. Congrès de Lisbonne, 1906.
2. Redier, *loco citato* (p. 33).
3. Preiswerck, *Atlas-Manuel des maladies des dents et de la bouche*. Edition française du Dr Chompret. Paris, Baillière, 1905, pages 234-235.

2° Le plus souvent, les microorganismes jouent un rôle actif dans la destruction des tissus durs, au début, comme dans la suite.

Les uns produisent des fermentations acides aux dépens des substances à leur voisinage.

Les autres sécrètent des toxines acides ou encore des toxines alcalines (trypsines bactériennes).

Les substances acides formées ramollissent et dissolvent les sels calcaires.

Les trypsines (alcalines) détruisent la substance organique.

Dans les deux cas, le résultat est le même : destruction des tissus durs.

L'activité plus ou moins grande des agents microbiens expliquerait la marche plus ou moins rapide de la carie.

3° L'expérimentation a permis de reproduire la destruction des tissus durs sur des dents ou sur des fragments de dents saines (carie artificielle de Miller) et montre l'action déterminante des microorganismes et des substances acides. Enfin :

La production expérimentale de la carie dentaire sur un animal vivant est aujourd'hui une chose prouvée. Elle a été faite avec une espèce microbienne prélevée sous une obturation bien faite datant de 7 ans [1].

Il reste à se demander comment les microbes arrivent à se fixer sur l'émail et à attaquer la cuticule quand elle existe.

Les travaux intéressants de Black et de Williams nous éclairent à ce sujet.

Les microbes, dans la plupart des cas, sécrètent une substance gélatineuse qui les protège au point où ils sont fixés sur l'émail. C'est la plaque gélatiniforme de Williams et Black, à l'abri de laquelle ils entament leur travail de destruction, qui se poursuit ensuite de proche en proche pour atteindre les tissus durs en surface et surtout en profondeur et pour arriver finalement à la pulpe elle-même.

---

1. Choquet, *loc. citat.*

La conclusion logique est que les microbes sont non seulement des agents étiologiques occasionnels ou déterminants, mais encore des agents pathogéniques, sans que les tissus durs dentaires soient le siège de troubles réactionnels de défense contre eux.

Si cette doctrine explique bien la carie des dents mortes et celle des dents vivantes, nous renseigne sur le processus destructif des tissus durs, est-elle bien conforme à l'ensemble de nos connaissances scientifiques et cliniques sur les tissus durs dentaires vivants et sur leurs altérations ?

C'est ce que je me propose d'examiner bientôt.

En tous cas, les théories parasitaire et chimico-parasitaire marquent une grande étape historique de la carie dentaire. Elles en ont établi d'une façon définitive la nature infectieuse :

La carie dentaire est une altération spéciale des tissus durs des dents, caractérisée *par sa nature infectieuse*, sa progression de la périphérie au centre et aboutissant à sa désintégration plus ou moins complète [1].

Et déjà toute une source de recherches est ouverte aux savants pour déterminer dans quelles conditions de virulence ou de spécificité agissent les microorganismes.

Les résultats obtenus permettront certainement plus tard de faire une classification étiologique de ces agents et de jeter une lumière nouvelle sur les différentes formes cliniques de la carie dentaire.

IV. 2° IDÉE. — *Les tissus durs sont doués d'une vitalité variable et appréciable pour deux d'entre eux : l'ivoire et le cément. Cette vitalité, conjointement à celle du tissu pulpaire, fait de la dent un organe bien vivant et susceptible de réagir vis-à-vis des atteintes extérieures.* — A côté des agents microbiens, il est de toute nécessité de considérer le terrain dans lequel ils évoluent.

Les auteurs, fascinés par la ressemblance de la carie des

1. L. Frey, *Pathologie des dents et de la bouche.* Collection Godon. Paris, Baillière, 1896, p. 1.

dents mortes et de celle des dents vivantes, ont accepté d'autant mieux les théories chimique, parasitaire et chimico-parasitaire qu'elles en donnent une explication aisée.

Je dois dire cependant que depuis de nombreuses années, l'opinion de la vitalité des tissus durs et de son influence sur la carie a été très nettement exprimée.

Pour Galen, Eustachi (1574), Hunter, les sels de chaux sont liquéfiés et la dent est détruite par un processus inflammatoire ; mais c'était là une simple hypothèse.

Par l'étude analytique des lésions microscopiques et par leur comparaison avec les symptômes et les formes cliniques, à partir du XIXe siècle, il a été possible de prouver que sur les dents vivantes les tissus dentaires ne restaient pas insensibles et inactifs devant l'envahissement extérieur qu'il soit chimique ou parasitaire (microbien). Tomes, Neumann ont montré que les lésions microscopiques révélaient des troubles réactionnels.

La décalcification, le ramollissement et la destruction des tissus durs sont, pour J. Tomes [1], des phénomènes dus à l'action chimique.

Lorsque l'altération atteint la dentine, elle se propage le long des canalicules dans la direction de la pulpe, en formant un cône foncé dont la base est tournée en dehors et le sommet en dedans.

Mais le cône est entouré par une zone transparente où les canalicules renferment de la substance calcifiée.

Cette calcification est due à une réaction organique de la dentine et des odontoblastes.

L'augmentation de sensibilité de l'ivoire représente une autre manifestation vitale de ce tissu.

Tomes semble être le premier auteur qui ait montré que dans la carie dentaire il faut faire une part à l'organe vivant qui lutte contre l'action destructive.

Neumann [2], qui a surtout étudié les lésions de l'ivoire,

---

1. J. Tomes, *A System of Dental Surgery*. Londres, 1859.

2. Neumann, *Ueber das Wesen der Zahnverderbnis (Archiv. für Klinik. Chirurg.* t. VI, fasc. 1).

cherche à démontrer leur nature inflammatoire. Les agents nuisibles produisent, dans ce tissu, une irritation organique qui se traduit :

1° Par un épaississement des parois des canalicules (épaississement des gaines de Neumann) avec oblitération consécutive des canalicules ;

2° Par un épaississement des fibrilles dentaires emflammées dans l'intérieur des canalicules.

Neumann n'a pas retrouvé ces lésions dans la carie des dents artificielles ou de prothèse.

Magitot [1] observe des dépôts calcaires dans les canalicules et attribue leur formation à une sécrétion de la pulpe irritée ; mais il admet que la nature de la carie est essentiellement chimique.

Leber et Rottenstein [2] ont constaté les altérations décrites par Neumann, sur les dents cariées vivantes, mais ne les considèrent pas comme une manifestation vitale, car, pour eux, elles existent sur les dents mortes et sur les dents artificielles de prothèse.

C'est par l'action du leptothrix buccalis que s'expliqueraient les lésions.

Heitzmann [3] et Bœdeker [3] vont plus loin que J. Tomes et Neumann, et admettent un processus inflammatoire en vertu duquel les sels calcaires sont détruits ; la substance fondamentale disparaît et il se forme dans les tissus durs des espaces creux remplis par une *substance molle, médullaire.*

La carie dentaire, d'après Abbot [4], relève d'un processus inflammatoire qui débute bien par une action chimique, mais qui ramène les tissus durs à l'état embryonnaire ou médullaire. Cet auteur a décrit des éléments cellulaires dans les parties altérées.

Miller a combattu et infirmé ces constatations.

---

1. Magitot, *Traité de la carie dentaire*. Paris.
2. Leber et Rottenstein, *loc. citat.*
3. Heitzmann et Bœdeker, *Inflammation of dentine* (*Indep, Pract.* 1886).
4. Abbot, *Caries of the Human Teeth* (*Dental Cosmos*, 1879).

Il reste à interpréter la zone transparente, l'oblitération des canalicules par des grains brillants calcaires et l'épaississement des gaines de Neumann.

Les partisans de la théorie chimique et de la théorie chimico-parasitaire expliquent la zone transparente par un processus de décalcification, l'apparition de grains calcaires brillants, par la précipitation secondaire des sels calcaires d'abord dissous, l'épaississement des gaines comme une apparence.

Les partisans de la théorie vitaliste en font des manifestations réactionnelles de l'organe irrité.

L'accord n'existe pas à ce sujet.

Mais je devais signaler ces controverses pour montrer l'ardeur des défenseurs de l'une ou l'autre théorie.

Actuellement, parmi les traités importants concernant la carie dentaire :

Jung, dans le traité de Scheff, paraît combattre de toutes ses forces la théorie vitaliste.

Redier, Frey, en France, tout en ne l'admettant pas, et tout en établissant le rôle fondamental des actions extérieures, reconnaissent cependant l'existence de phénomènes réactionnels.

La carie dentaire est la résultante de phénomènes complexes d'actes d'attaque et d'actes de défense que l'analyse permet de ranger sous trois chefs :

Des phénomènes chimiques.

Des phénomènes bactériologiques.

Des phénomènes de réaction qui ont leur point de départ dans la pulpe dentaire.

Les deux premiers constituent l'attaque ; les derniers, réaction pulpaire, représentent la défense [1].

Frey [2] décrit également la réaction de la pulpe (*production de dentine secondaire*).

(A suivre.)

---

1. Redier, *loc. citat.*, p. 30.
2. Frey, *loc. citato*, p. 21.

CONGRÈS BIENNAL DE L'ASSOCIATION DES DENTISTES DU CANADA

Montréal 5, 6, 7, 8 septembre 1906.

PAR M. A. PRÉVEL,

Chef de clinique honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.
Délégué du groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de *L'Odontologie*.

Il y a quatre années seulement que les dentistes du Canada se sont groupés en association régulière, mais il faut dire à leur honneur que cette association n'est pas restée inactive. Ses membres, suivant la loi « d'*intensité* », qui est comme la caractéristique de la vie en Amérique, se sont mis au travail avec un esprit d'initiative qui leur assurera en peu de temps tous les avantages d'une expérience prolongée. Le vigoureux élan donné par son président, M. Dubeau, est pour beaucoup dans ce progrès, et le président est secondé dans son œuvre d'organisation et d'administration par un groupe de professeurs et de praticiens dont le mérite et l'ardeur sont une garantie de succès pour l'avenir.

Le Congrès Biennal anime les courages, dirige les efforts, contrôle et centralise les résultats acquis et introduit dans la science régionale les perfectionnements exotiques qui en élèvent toujours davantage le niveau.

Ce n'est ni sans plaisir, ni surtout sans profit qu'on est mis en contact avec des sommités professionnelles telles qu'en donnent les Ecoles de New-York, Philadelphie, Chicago, Ottawa, Toronto; si je voulais citer des noms, je n'aurais que l'embarras du choix et je comprends que des écoles comme celles de Québec et de Montréal, riches déjà cependant de corps professoraux d'une haute valeur, recherchent et apprécient grandement ces réunions scientifiques.

L'intérêt pris au Congrès lui-même a été doublé par la visite faite aux Ecoles dentaires de Montréal, New-York et Philadelphie, dont les directeurs m'ont fait les honneurs avec un empressement et une bonne grâce dont je ne saurais trop les remercier, et aussi par l'invitation si cordiale de plusieurs collègues qui occupent un rang éminent dans notre profession aux Etats-Unis et auxquels je dois de connaître des cabinets d'opérations dentaires admirablement installés selon les derniers perfectionnements de notre science professionnelle : UP TO DATE, comme on dit là-bas.

Pour en revenir au Congrès lui-même, dont je vais donner un rapide aperçu, tout d'abord nos félicitations vont droit au comité d'organisation, qui s'est montré constamment à la hauteur de sa tâche, tant pour la

régularité des travaux proprement dits du Congrès, que pour cette partie plus délicate qui est en marge des réunions laborieuses et qui s'appelle fêtes, banquets, réceptions, excursions, etc. Mon expérience du passé me permet d'adresser, en connaissance de cause, mes compliments à MM. Franchère et Beauchamp pour le tact parfait dont ils ont fait preuve en toute occasion ; et, pour ne pas avoir à revenir sur ces intermèdes obligés qui reposent de l'aridité du travail technique, disons tout de suite que rien n'a manqué de ce qui en fait le charme. La fête du 6 septembre à l'Université Laval fut particulièrement brillante. On se serait cru en plein Paris : dames en des toilettes superbes et du meilleur goût, buffet, orchestre, etc. La soirée fut pleine de vie et d'entrain, les causeries furent très animées, très expansives avec une pointe de fine ironie et un flot de curieuses questions sur les hommes et les choses de France et de Paris en particulier, un empressement très flatteur autour de l'étranger, mais qu'on ne regarde pas comme tel puisqu'il est français.

Comment ne pas signaler également la très belle réception donnée dans les salons du Club Saint-Denis et dont un journal de Montréal disait : « Elle a été l'une des plus brillantes dont fassent mention les annales mondaines de notre ville» ? Il convient d'en faire remonter le charme indiscutable à Mmes Dubeau, Lanthier et Lemieux, dont la grâce et la distinction donnaient à la réunion son caractère de franche gaieté et d'aimable intimité.

Journée du 5 septembre.

La séance d'ouverture eut lieu à l'Université Mac Gill et fut inaugurée par un discours du Président du Congrès, M. E. Dubeau, sur l'*Historique de l'association des Dentistes du Canada*, son organisation, son rattachement à la « British Dental Association »... L'orateur se félicite et avec raison de l'introduction officielle des dentistes dans l'armée, et espère que ce qui n'est encore qu'un essai deviendra bientôt et utilement un service régulièrement organisé. On aborde ensuite l'ordre du jour qui a trait à l'*Hygiène dentaire* et porte sur deux points importants : l'obligation pour les dentistes eux-mêmes de tenir leurs instruments dans un état d'asepsie parfaite ; celle de recommander en toute occasion aux patients une propreté absolue de la bouche.

Le soir, réception de gala à l'Université Laval. M. Dubeau fait une longue et intéressante conférence sur l'*Hygiène dentaire dans les Écoles*, son importance, les moyens pratiques de l'introduire là où elle n'existe pas. Il émet, au nom de l'Association, le vœu qu'il y ait, pour les Écoles, un service d'inspection et de soins dentaires rétribué par l'Etat et demande aux journaux de propager cette idée. Le Dr Thompson, d'Halifax, et le juge Curran appuient

la motion et en développent les motifs, secondés par la parole autorisée du vice-recteur de l'Université Laval, M. le chanoine Dauth, qui exprime en outre le désir de voir étendre cette sollicitude à l'armée. Cette extension de notre œuvre professionnelle à l'école et à l'armée lui donne une importance considérable dans la vie sociale et je les félicitai vivement des efforts qu'ils faisaient pour atteindre ce but.

Mentionnons au passage la présentation à M. Dubeau de son portrait, très belle peinture qui lui a été offerte par l'Association et par ses nombreux amis en reconnaissance de ses services comme son fondateur et président.

Journée du 6 septembre.

Réunion à l'Université Mac-Gill, travaux de clinique.

M. Dorval, de Quebec, fait une démonstration sur l'*Application d'appareils obturateurs pour les fissures congénitales de la voûte palatine.* Il a présenté une patiente qu'il a amenée de la province : le sens du goût avait disparu, les aliments étaient repoussées dans les fosses nasales, l'impossibilité de se faire comprendre par la parole était presque absolue. M. Dorval a créé des appareils qui ont, dans une large mesure, contribué à soulager cette infirmité et presque à la guérir.

M. Guilford, de Philadelphie, a fait sur les *Divers moyens d'égaliser et de régulariser la forme des dents* une communication d'un grand intérêt : « L'orthodontie, dit-il, n'est pas à proprement parler, l'affaire du spécialiste ; le praticien général doit s'en occuper. Les difficultés sont d'un ordre mécanique ; il faut de bons instruments, des instructions claires, précises et pratiques. Le praticien doit s'exercer à construire les pièces dont il a besoin : tubes, vis, crochets, etc. Il n'est pas bon d'acheter des appareils tout faits ; on ne saurait bien s'en servir, si on ne les a pas faits soi-même. »

Ce n'est pas l'avis de M. Robert, de Toronto, car le temps passé à faire des vis serait bien mieux employé à faire des moules en plâtre et à étudier les variétés de formes de la bouche. M. Webster, de Toronto, considère que l'orthodontie n'est pas une science et n'est fondée sur aucun principe. C'est au praticien à faire le diagnostic et à choisir le système qui lui convient...

M. Stevenson, de Montréal, parle des *Examens exigés en Angleterre pour exercer la profession.* La licence en chirurgie anglaise est valable dans les colonies anglaises, excepté celles où existent des collèges d'art dentaire.

Un dentiste néo-zélandais dit qu'il n'y a pas d'écoles dentaires dans la Nouvelle-Zélande : on étudie trois années chez un dentiste,

puis l'on passe ses examens devant un bureau central. L'an prochain il y aura une école à Christ-Church.

A midi, la Société d'Odontologie Canadienne-Française offrait au délégué de *L'Odontologie* et de l'École dentaire de Paris un banquet intime à l'Hôtel Viger.

A la fin du banquet, où ne cessa de régner la plus aimable cordialité, M. le président Franchère se leva et prit la parole en ces termes :

« Messieurs, La Société d'Odontologie Canadienne-Française a » le plaisir de recevoir aujourd'hui, non pas un étranger, mais bien » un ami ; car nous savons depuis longtemps que M. Prével, notre » collègue, s'intéressait, comme tous ses confrères du reste, aux suc- » cès et à l'avenir de la profession dentaire canadienne-française... » Un heureux hasard m'a désigné pour lui dire tous les sentiments » qui nous animent à son égard, de même que l'admiration que nous » portons à tous nos confrères de France, de ce beau pays de France » où la chanson est éternelle et où les sourires n'ont pas de nuits : de » cette France qui seule sait donner ces nuances et ces coloris dont » l'œil ne se fatigue jamais! Et quand je vois parmi nous un Français, » je regrette toujours qu'il n'ait pas plus de temps à disposer pour » aller par les campagnes et là s'adresser au plus humble et lui parler » de la France. Comme il verrait alors quel souvenir toujours cons- » tant s'attache à la France! Car pour lui comme pour nous c'est » toujours la France qui tient dans sa main le flambeau de la civili- » sation ! c'est toujours elle qui relève les courages, c'est toujours la » France qui sait sacrifier ses enfants aux grandes et nobles causes !... » Mon cher Prével, quand vous serez rentré dans vos foyers, dites- » le bien à vos confrères que nous applaudissons à leurs succès ; que » si le malheur les frappe de son aile, nous leur offrons toutes nos » sympathies. »

Je répondis en ces termes à cette si aimable allocution :

« Mon cher président, mes chers camarades : Se trouver au milieu » de collègues professionnels et de collègues canadiens-français est » un double plaisir, que cette fête intime me fait vivement goûter. Le » fossé qui sépare la France de l'Amérique est profond, il est surtout » large. Mais les distances se rapprochent quand il s'agit de venir au » Canada. Les mains fraternelles que vous tendez sur les rives du » Saint-Laurent au voyageur qui vous arrive des bords de la Seine, » lui font paraître moins éloignée la patrie absente, et ce n'est pas sans » une indicible émotion que j'ai retrouvé nos trois couleurs flottant » librement à la porte de votre Université Laval. Les tyrannies de la » politique, les hasards des événements ont pu briser les liens qui » vous rattachaient à la Mère-Patrie ; mais, c'est une joie de le cons- » tater, vous n'avez pas failli à cette fidélité que tout cœur bien né » conserve inviolablement à l'auteur de ses jours.

» Vous aimez la France; nous aimons le Canada, et, pour nous,
» les Canadiens-Français forment la famille française de ce côté de
» l'Océan, nous sommes donc ici en famille.

» C'est vous dire combien je suis sensible à cette attention que
» vous avez eue de nous ménager cette touchante réunion intime.

» Je bois de grand cœur à votre santé, mon cher président, à vous
» tous, mes chers camarades et à vos familles; à la France et au Ca-
» nada; à notre drapeau commun et aux sentiments fraternels qu'ins-
» pire la cordialité que je trouve depuis mon arrivée à Montréal.

» Aux Canadiens-Français. »

Parmi les congressistes canadiens-français de l'Association qui étaient présents à ce banquet, citons: MM. Franchère, Dubeau, Lanthier, Bourbonnais, Kent, Beauchamps, Trester, Maufette, Porcheron, Archambault, Dorval, Trudeau, Gendreau et Herwood, de Montréal; Nollin, Lanthier, Lemieux, Boutin, de Quebec; Fournier, de Sainte-Hyacinthe.

Journée du 7 septembre 1906

M. Fossume, de New-York, fait une démonstration sur le *Traitement de la pyorrhée alvéolaire*. M. Hermiston, de Toronto, a pratiqué une *Pulpectomie* en appliquant la méthode de compression à la cocaïne; c'était au Congrès une démonstration nouvelle qui a pleinement réussi.

M. Stanley Burns, de Montréal, fait une application de la digue et démontre qu'avec une sécheresse intense on provoque une douleur beaucoup moindre de la dentine. M. Capon, de Philadelphie, démontre l'efficacité d'un *Bridge avec couronnes munies de faces en porcelaine*, qui, au point de vue esthétique, ne laisse rien à désirer et présente la même solidité qu'un pont à couronnes d'or.

Au cours de ces différentes cliniques j'ai fait une *Réimplantation* en insistant sur les deux points suivants : 1° pratiquer une fistule artificielle de façon à faire communiquer le fond de l'alvéole avec l'extérieur et à faciliter les lavages antiseptiques ; 2° replacer la dent dans son alvéole tout en la maintenant pour ainsi dire suspendue au-dessus de celui-ci et sans y assujettir aucune ligature : les dents voisines supportent les attaches qui se croisent sur la face triturante de la dent réimplantée, si c'est une molaire ; pour les incisives et canines avoir recours à un appareil *ad hoc*.

L'*Appareil Fretteur* que j'ai présenté au nom de M. Touvet-Fanton, l'inventeur, a été l'objet d'une grande curiosité et très apprécié.

M. Lanthier, de Québec, a fait de multiples extractions avec succès sous le *Sœmnoforme* et *Coryloforme*.

Dans l'après-midi des observations cliniques ont été présentées sur l'*Hérédité des anomalies dentaires*, par M. Ritchie, d'Halifax, et

par MM. Morrisson, de Montréal et Mc Gée, de Saint-Jean. M. Guilford, a suggéré quelques notes pratiques au sujet de la régularisation de la croissance des dents. MM. Morrisson et Mc Gée, ont parlé des améliorations à apporter dans les différentes méthodes d'opération et de traitements des dents. Mais rien de bien nouveau n'est sorti de ces communications.

A signaler avant de terminer, l'Exposition très intéressante d'instruments dentaires de la maison White, de Philadelphie, et la présentation d'un nouvel anesthésique et de brosses à dents hygiéniques de H. Lanctot ; enfin une collection d'instruments de la maison J. Ivory, de Philadelphie.

Le soir s'est tenu le *Banquet de clôture* du Congrès, dont nous donnons le compte rendu d'après *La Presse de Montréal.*

« Le Congrès des dentistes s'est terminé hier soir par le plus » somptueux banquet dans les salons du Viger-Hôtel.

» Près d'une centaine de congressistes venus de toutes les parties du » Canada et des États-Unis, avaient pris place autour des tables. La » grande salle du Viger avait été merveilleusement décorée de fleurs » et de plantes. Les tables, inutile de le dire, étaient chargées d'exqui- » ses choses. A la table d'honneur nous remarquons le Président, » ayant à sa droite MM. Guilford et Capon, de Philadelphie, à sa » gauche MM. Prével, de Paris, et Fossume, de New-York ; Mage, » de Saint-Jean ; Morrisson, de Montréal ; Gilles, Beauchamps, » W. Coswan, Regina (Sask) ; Nollin, Scott, Ives, Lemieux, de Qué- » bec ; Seswick (Montréal). La salle était remplie des autres con- » gressistes qui avaient pu rester. Au café on but à la santé du Roi. » Puis M. Nollin leva son verre à l'art dentaire, M. Mc Gée lui ré- » pond ; après M. Fossume, de New-York. »

Au moment des toasts je remerciai à mon tour mes confrères canadiens du cordial accueil qu'ils m'avaient fait et les félicitai au nom de *L'Odontologie* et de l'École dentaire de Paris du succès de leur Congrès et des intéressants travaux qui y avaient été présentés. Je terminai en leur disant que, suivant la belle devise Canadienne-Française, moi aussi en les quittant : *je me souviendrai.*

Ce n'est que fort avant dans la nuit que nous nous séparâmes et ce n'est pas sans regret que le lendemain je prenais congé de nos excellents hôtes.

Toutefois, en terminant ce compte rendu, je ne voudrais pas que les lecteurs puissent croire que l'élément canadien-français a seul témoigné au délégué français de la sympathie et des égards, ce serait profondément injuste. Nos confrères américains n'ont manqué aucune occasion de donner au représentant de la France les marques d'une cordialité d'autant plus méritoire que le langage rendait nos relations plus difficiles ; et je ne puis oublier la fête champêtre et spor-

tive qu'ils qu'ont offerte au Hunt's Club, la veille de mon départ.

Enfin, en terminant la rédaction de ces notes d'un si agréable et si profitable voyage, je ne puis me dispenser d'adresser encore des paroles de reconnaissance vers ce rivage lointain du Saint-Laurent, pour les heureux et trop courts moments pendant lesquels j'ai pu jouir de la bonne hospitalité dont j'ai été l'objet. Je ne sais pas si les lecteurs du journal que je représentais tireront profit des pages qui précèdent, mais je sais que je garderai un souvenir ému de confrères devenus des amis, et qui m'ont donné l'illusion de croire que j'avais quitté la France et la famille pour retrouver là-bas la famille et la France.

REVUE ANALYTIQUE

Le traitement de la pyorrhée alvéolaire. — La carie dentaire dans la grossesse. — L'anesthésie générale par voie rectale.

Le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Pour M. R. Good, de Chicago, la pyorrhée est un trouble local et il ne connaît pas de désordre qui cède aussi rapidement au traitement. Il a vu bien des cas de pyorrhée guéris par un traitement local. Une autre raison qui le conduit à considérer le traitement comme local est que la résorption du procès alvéolaire cesse avec la perte des dents.

Le traitement est chirurgical. Introduire une aiguille à pointe émoussée en acier flexible au fond de l'alvéole, en arrosant celui-ci d'un anesthésique, puis enlever les dépôts pyorrhéiques, en se limitant à une dent, jusqu'à ce que cela soit fini. Les dépôts enlevés, arroser l'alvéole avec de l'acide lactique chauffé. Laisser alors la dent en repos et en 2 ou 3 semaines elle ira bien. Si une dent est branlante, la bander avec du platine mince ou la ligaturer avec de la soie à coudre n° 3, pour la maintenir. Recommander au patient de se masser la gencive matin et soir avec du soufre en poudre.

(*Domin. Dent. Journal*, avril 1906.)

La carie dentaire dans la grossesse.

La carie survenant au cours de la grossesse dépend comme toute carie de trois grandes causes : la cause d'ordre général, celle de voie stomacale ou chimique, celle de nature microbienne, la deuxième ayant toutefois le pas sur les autres.

La femme enceinte étant momentanément chlorotique, l'apport d'un sang moins riche agit sur la dent, qui aura moins de résistance ; la muqueuse buccale plus fragile, saigne facilement, d'où crainte de l'approche de la brosse à dents avec comme conséquence l'accumulation des détritus d'aliments, l'acidité salivaire ; les gencives deviennent alors le siège d'une desquamation épithéliale ; tel est pour l'auteur le mécanisme de production de la gingivite de la grossesse.

D'autre part la femme enceinte se nourrit souvent moins bien à cause des divers malaises qui caractérisent son état, au moins dans les premiers mois (vomissements, etc.). L'auteur incrimine également l'abus, pendant la grossesse, de produits acidulés ou sucrés. Cependant l'acidité du milieu buccal en ramollissant les tissus durs qui présentent des fissures, ne fait que préparer le terrain pour les microorganismes qui manifestent leur action, soit par la production du tartre, soit par la fétidité de l'haleine, et en produisant des fermentations acides.

De ce qui précède il faut déduire l'utilité qu'il y a à insister, au cours d'une grossesse, sur l'hygiène dentaire, sur l'emploi des alcalins en nature et en dentifrices.

L'auteur envisage ensuite la question de l'opportunité des extractions ; d'une façon générale il conseille de les différer. dans la mesure du possible, surtout s'il y a déjà eu un avortement antérieur, et si l'on juge peu résistant le système nerveux de la patiente.

L'époque de la grossesse peut également avoir une influence sur la conduite à tenir, les deuxième et troisième mois étant les plus à craindre.

(E. Auwers, *Bulletin de la soc. belge de stomatologie*, 1906, n° 4.)

H. D.

L'anesthésie générale par voie rectale.

Nous ne croyons pas ce mode d'anesthésie susceptible de jamais passer dans la pratique du dentiste ; cependant comme au dernier Congrès de chirurgie l'auteur en a préconisé l'emploi au cours des opérations pratiquées sur la face, il ne nous paraît pas inutile de signaler la méthode.

En principe, dans l'anesthésie, il suffit de mettre en contact assez large la vapeur de l'agent adopté avec un réseau sanguin assez superficiel pour que les phénomènes de dissolution et d'osmose s'effectuent assez énergiquement ; la muqueuse rectale, à la faveur de sa circulation si riche, peut suppléer le poumon qui est l'organe remplissant le mieux les conditions nécessaires.

Un appareil relativement simple permet de faire passer dans le rectum des vapeurs d'éther, par exemple, au moyen d'une canule à double courant, l'orifice de sortie communiquant avec un récipient plein d'alcool qui absorbe l'éther en excès. En général le sommeil s'obtient en quinze à vingt minutes, sans agitation appréciable. Les suites opératoires sont nulles ; une selle demi liquide dans la journée ; donc pas d'irritation de la muqueuse.

Comme indications, l'auteur note toutes les opérations où la présence de l'anesthésiste gêne l'opérateur ou compromet l'asepsie ; en outre l'existence d'une affection de l'arbre respiratoire. Comme contradictions, existence d'une affection de l'intestin.

(E. Vidal, *Presse médicale*, 5 décembre 1905.)

H. D.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Conseils à l'opérateur. — 1° N'oubliez pas d'avoir des petites attentions pour assurer la commodité de votre patient quand il est sur le fauteuil.

2° En préparant une cavité passez à gauche du fauteuil et surveillez votre travail.

3° Servez-vous d'un siège pour une longue aurification. Vous vous en trouverez beaucoup mieux quand vous l'aurez finie.

4° Ne bavardez pas auprès du fauteuil. Faites votre opération rapidement, doucement et silencieusement. Les 9/10 des patients désirent que leur opération soit finie le plus vite possible. Il n'y a d'exception que pour les enfants : alors ils est souvent profitable de leur parler pendant qu'on les opère ; cela les intéresse et détourne leur esprit de l'opération.

5° Faites quelque calcul mental pendant que vous vous servez du fouloir et demandez-vous s'il ne vaudrait pas mieux huiler votre fouloir plus souvent que vous ne le faites.

6° Pendant que le patient est sur le fauteuil il n'a rien à faire qu'à surveiller l'opérateur, ses instruments, son installation. Il faut donc que tout soit propre chez l'opérateur : sa personne, son cabinet, son procédé. Souvent les personnes que nous soupçonnons le moins sont les meilleurs observateurs.

7° Apprenez à votre patient que, s'il néglige l'hygiène buccale et la prophylaxie, vos efforts ne donneront que des demi-résultats. (*Dom. Dent. J.*, avril 1906).

Restauration des faces de couronne brisées. — En procédant à cette opération par une méthode quelconque, ne pas perdre de vue trois points extrêmement importants :

a) Adapter la face à l'arrière pour éviter les fissures et les saillies.

b) Éviter d'affaiblir l'or de l'arrière ou

c) Fixer la face pour qu'elle ne branle pas.

Meuler les pivots du dernier fondant de la face avec l'arrière. Avec un foret huilé percer des trous dans l'arrière pour adapter les pivots de la nouvelle face. Employer du papier de charbon mince pour ajuster la face. Courber les extrémités des pivots pour former des boucles et les mettre dans un revêtement pour les fixer à l'or ou à de la soudure

d'argent. Quand le revêtement sèche, finir la préparation de l'arrière. Pratiquer une rainure en u avec une petite fraise, en commençant par les trous déjà faits et formant ainsi une languette autour de laquelle s'adaptera la boucle de la face. Une fraise en poire ou ronde peu tranchante enlèvera assez de la languette du côté palatal pour permettre à la boucle de se mettre en place. Lubrifier la fraise avec de la vaseline ou de la glycérine. Les pivots de la face soudés, ce sera assez froid pour essayer en place. Cimenter la face en place en tenant un morceau de caoutchouc non vulcanisé contre l'ouverture palatale pour empêcher le ciment de passer au travers. Un petit morceau d'amalgame mou ferme rapidement l'ouverture de l'arrière et maintient immobile la bouche.

Cette méthode donne de la sécurité aux faces et un ajustage soigné. (Spaulding, *Dom. Dent. J.*, avril 1906.)

Chlorate de potasse et hygiène buccale. — Depuis quelques années l'emploi de l'oxygène sous forme d'eau oxygénée ou de composés cédant facilement de l'oxygène a reçu en chirurgie et en hygiène des applications très heureuses, au point qu'on a pu créer en thérapeutique une véritable méthode oxygénée basée sur l'emploi systématique de ce gaz. Il est bon de noter que l'oxygène naissant qui agit ici n'est pas un antiseptique réel, dans l'acception pharmacologique du mot, bien que le résultat soit la destruction des microbes ; il y a surtout antisepsie physiologique parce que l'oxygène, tout en attaquant les microorganismes, renforce les moyens de défense de nos tissus. En effet, à l'inverse des antiseptiques, l'oxygène est inoffensif pour les tissus, mais il est un élément primordial de leur activité.

On a fait une fréquente application des préparations oxygénées aux maladies de la bouche, ce qui se conçoit d'autant mieux que la très grande majorité des microorganismes qui végètent dans la bouche cessent de se multiplier en présence de l'oxygène. Dans le cas particulier l'agent qui conviendra le mieux comme antiseptique buccal sera celui qui n'exercera aucune action nuisible sur les tissus et sur les dents et dont la réaction sera absolument neutre. Une vieille expérience à laquelle les travaux modernes n'ont rien fait perdre de sa valeur montre que le chlorate de potasse répond spécialement à cette indication sous certaines conditions. Le chlorate de potasse est un corps neutre, qui agit en abandonnant peu à peu son oxygène en présence des matières organiques, lesquelles se détruisent ainsi par oxydation. Il est non seulement un corps inoffensif pour les tissus, mais on sait qu'il exerce la plus heureuse influence sur certaines lésions, par exemple sur les granulations torpides des ulcères, en relevant la puissance réactionnelle des tissus. C'est le topique par excellence des lésions buccales de toutes sortes. Mais pour qu'il puisse agir efficacement, il faut qu'il soit appliqué sous une certaine concentration. Miller, qui avait étudié cette question, avait montré que cette concentration ne doit pas être inférieure à 1 : 8. Dans la suite on constata qu'on peut augmenter l'effet antiseptique du chlorate de potasse en employant des concentrations beaucoup plus fortes. C'est ainsi qu'on a pu se servir,

absolument sans aucun inconvénient, d'une pâte composée de chlorate de potasse en substance absolument pure. Le fait est intéressant parce qu'il détruit le préjugé qui a pu attacher des propriétés caustiques et nuisibles au chlorate de potasse comme topique, qui est pourtant un sel absolument neutre, mais il n'est pas nécessaire de recourir au sel pur. Unna, à qui on doit ces intéressantes observations, s'est arrêté à l'emploi d'une pâte dentifrice contenant 50 o/o de chlorate de potasse. La combinaison est en même temps celle qui a le plus heureusement résolu le problème, les essais faits jusqu'à ce jour n'ayant donné que des préparations inutilisables à tous les points de vue. Elle est connue sous le nom de pâte dentifrice Pebeco.

Par son emploi on obtient des résultats parfaits non seulement dans la stomatite mercurielle, mais dans toutes les maladies microbiennes de la bouche, dans lesquelles d'ailleurs les anaérobies jouent le principal rôle. En portant la pâte pure à l'aide de la brosse sur les dents, la mixture exercera son action microbicide et topique au niveau du bord libre des gencives et dans les interstices des dents où le développement des microorganiques est particulièrement intense. Cette action ne reste d'ailleurs pas limitée au point d'application, mais s'étend très loin par diffusion dans tous les replis de la muqueuse de la bouche et de la gorge. Ainsi employé, le chlorate de potasse constitue un excellent prophylactique contre la carie dentaire et les infections buccales en général.

Insistons en terminant sur l'innocuité absolue de ce produit, d'un emploi très agréable, l'action toxique du chlorate de potasse ne s'appliquant qu'à l'absorption de doses massives qui n'ont rien de commun avec les quantités incomparablement plus petites employées comme topique. (Dr Jumon.)

Le mésonal. — Les différentes critiques dont la cocaïne a été l'objet me dispensent de rapporter ici les observations des auteurs qui en ont fait le procès.

Ses effets vaso-constricteurs, sa tolérance difficile, son maniement délicat nous semblent une excuse des efforts tentés pour doter l'art dentaire d'un anesthésique beaucoup plus parfait et répondant aux exigences de la thérapeutique moderne.

Il semble qu'aujourd'hui le problème soit résolu. De sérieuses recherches faites aux laboratoires de chimie et de toxicologie de Lyon par M. Ch. Nicoud, chimiste, ont été suivies de résultats devant intéresser notre profession au plus haut point.

Ses études se sont portées spécialement sur une nouvelle substance qu'il a appelée « Mésonal ».

Le Mésonal est un produit organique dérivé du Propanétriol. C'est le chlorhydrate de l'alcool benzoil, triethyldiamido, méthylisobutylique.

Il se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristallisant en petites lamelles brillantes, fondant à 192°, extrêmement soluble dans l'eau, dans l'alcool, dans la glycérine. L'alcool éthylique et méthylique, l'éther acétique le dissolvent en différentes proportions. Chauffé sur une lame de platine, il ne laisse pas de résidu. Ses solutions aqueuses

se laissent stériliser sans décomposition à la température de 130° et précipitent par tous les réactifs alcaloidiques.

De multiples observations ont démontré que son pouvoir anesthésique est égal et plus régulier que celui de la cocaïne. Il ne possède aucune action vaso-motrice ; les expériences tendraient à démontrer une légère vaso-dilatation plutôt favorable qui évite les menaces de la syncope en supprimant les dangers de l'anémie cérébrale.

Le Mésonal traverse l'organisme sans transformation, et passant par les reins est éliminé dans l'urine où l'on peut le déceler avec des réactifs appropriés. Malgré des injections répétées, le Mésonal demeure inoffensif, sans action nocive sur les nerfs, les muscles, la respiration et les reins. En outre il possède sur le cœur une action tonique bien marquée.

La faiblesse de toxicité du Mésonal comparée à la cocaïne a été également prouvée par de nombreuses expériences. Injecté à doses graduées sur des animaux pour établir d'une façon absolue son degré de toxicité, M. Ch. Nicoud a démontré par ses travaux de laboratoire que le Mésonal est environ cinq fois moins toxique que la cocaïne.

Le tableau comparatif résumé a été établi comme suit :

	Cocaïne.	Mésonal.
Chien	0,02/0,04	0,08/0,09
Chat	0,3	0,09
Cobaye	0,02/0,04	0,15

Comme on peut donc s'en convaincre, la différence de toxicité entre les deux produits est extrêmement sensible, et c'est surtout sur ce point que je désire attirer l'attention.

En effet : l'anesthésie complète de la région par l'emploi d'une dose légère, toxicité de beaucoup moins considérable, d'où zone maniable du produit très augmentée, sont les deux qualités maîtresses qui font du Mésonal un anesthésique méritant de prendre rang dans l'arsenal thérapeutique de la chirurgie dentaire.

J'ai été un des premiers à appliquer la nouvelle substance à l'odontologie. Encouragé par les résultats je décidai de faire connaître à la Société Dauphinoise d'Odontologie les précieuses qualités du nouveau médicament ; c'est ainsi qu'à Grenoble plusieurs de nos confrères ont pu en apprécier la valeur.

Je dois ajouter que le Mésonal a sensiblement les mêmes indications que la cocaïne. L'injection, le temps d'arrêt, l'extraction doivent être faits selon la pratique courante. On peut se dispenser de coucher le malade, le Mésonal n'ayant aucune action constrictive sur les vaisseaux. (Ravion.)

Bords de cavité pour inlays. — Toutes les parties de la cavité, en particulier les bords, doivent être non seulement bien taillés, mais bien polis. Avec de petites pointes de pierre d'Arkansas on peut obtenir un beau poli, qui doit s'étendre sur les bords, en donnant partout dans le voisinage de la cavité une surface polie, dont on peut aisément enlever la matrice. Il n'est pas d'usage d'essayer de faire une matrice

parfaite en présence d'un bord pointu, inégal ou rugueux ou de songer à l'enlever sans accident d'une cavité autour de laquelle des surfaces rugueuses ont été laissées. (Jenkins, *Dent. Register.*)

Polissage des plaques de caoutchouc. — En donnant le polissage final aux plaques de caoutchouc un disque à polir de mousseline non blanchie d'une épaisseur de 25 millimètres donne un meilleur fini que la peau de chamois ou une brosse ronde molle. Les bords des disques de drap s'éraillent et ne se déchirent pas. *(Brit. J. of. dent. sc., 1er mai 1906.)*

Traitement des cavités à érosion peu profondes. — Dans les cavités superficielles de la dentine causées par l'érosion ou l'abrasion, des solutions chaudes d'acide trichloracétique pur appliquées deux ou trois fois, en séchant la cavité entre ses applications, permettent souvent de pénétrer jusqu'à la dentine saine et insensible, après quoi on peut préparer la cavité comme on le désire. Ce procédé a un réel avantage et est souvent avantageux ; mais il exige des fraises acérées pour assurer le minimum de douleur au patient. *(Dom. Dent. Journal.)*

Arrêt des piqûres dans une digue de caoutchouc. — Pour arrêter les piqûres de la digue ou pour arrêter la filtration autour des dents du bas inférieures, sécher la digue avec de l'ouate, fondre une petite plaque-base de cire sur une spatule et porter sur les points de filtration. Cela donne de bons résultats. *(Dent. Quaterly.)*

Crampons pour dentiers partiels inférieurs. — Le meilleur crampon dans ce cas est en fil métallique d'or du 18 de la jauge, de 43 millimètres de long, doublé avec les pinces, mais dont les extrémités ne sont pas tout à fait rapprochées. L'appliquer à la surface labiale, puis courber les extrémités à angles droits, pour les engager dans le caoutchouc. *(Dent. Surgeon.)*

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 16 octobre 1906.

Présidence de M. Frey, président.

La séance est ouverte à 3 heures.

Le secrétaire général donne lecture de la correspondance qui comprend des lettres d'excuse de MM. Hugot, Joseph-Mendel, Thuillier, Tireau.

I. — Rapport sur le congrès d'Esperanto de Genève, par M. Hugo Szwaycarsky.

Discussion.

M. le Président. — Au nom de la Société d'Odontologie, je remercie M. Hugo Szwaycarsky qui nous a représentés dans les groupements espérantistes médicaux.

J'espère que nous imiterons ses efforts et que nous parviendrons à constituer un groupe espérantiste dentaire. Je renouvelle mes félicitations à M. Hugo pour la puissante impulsion qu'il a su donner à la propagande espérantiste dans notre milieu professionnel.

II

M. le Président. — La communication de M. Joseph-Mendel sur le *Traitement ortho-étatique de la polyarthrite alvéolo-dentaire* ne pourra pas avoir lieu ce soir. Nous espérons l'entendre à la prochaine séance. La parole est à M. Choquet pour une communication que nous n'avons pu faire figurer à l'ordre du jour, le titre ne nous en étant parvenu qu'après l'impression des convocations.

III. — Etude sur la dent humaine dans les différentes races, par M. Choquet.

(Cette communication sera publiée ultérieurement.)

Discussion.

M. Roy. — Le travail de M. Choquet est trop considérable pour pouvoir être discuté aussi rapidement. Toutefois je formulerai l'observation suivante : M. Choquet nous a signalé la hauteur exceptionnelle que présente le maxillaire inférieur au niveau de la symphyse chez les Patagons qui forment une race remarquable pour leur haute taille.

Or il en est de même chez les acromégaliques et chez les géants. N'y a-t-il pas là un rapport à établir avec la particularité signalée par Choquet à propos des Patagons ? Il serait donc intéressant d'exami-

ner la selle turcique des crânes mensurés par l'auteur et d'en noter les dimensions.

M. le Président. — Je remercie M. Choquet au nom de la Société d'Odontologie du beau travail qu'il vient de nous présenter. Il nous a montré l'utilité de notre terminologie si précise usitée en morphologie dentaire. Il nous a montré aussi qu'il était un anatomiste distingué doublé d'un anthropologiste et nous devons nous réjouir de le posséder parmi nous.

Je salue la mémoire du frère de notre ami Roy, à qui nous devons de si remarquables travaux sur le gigantisme et ses rapports avec le fonctionnement des glandes closes et particulièrement du corps pituitaire.

IV

M. le Président avertit l'assemblée qu'il va être procédé à l'élection du bureau de la Société d'Odontologie.

Il donne connaissance d'une liste de candidats.

A la suite d'une observation de *M. Martinier* une discussion s'engage à laquelle prennent part *MM. Friteau, Jordanis, Loup, Frey, Roy* et *Choquet.*

M. Godon se déclarant partisan d'une liste de candidats ouvertement exposée demande que l'assemblée approuve par un vote l'initiative du président.

Cette proposition mise aux voix est adoptée.

M. Touchard demande que l'assemblée ratifie également par un vote l'usage d'une liste de candidats établie par roulement.

Après une observation de *M. Friteau* la prise en considération de cette proposition est adoptée.

Il est procédé à l'élection du bureau. Les résultats du scrutin sont les suivants :

42 votants.

1 bulletin blanc.

Sont élus : Président, M. Touvet-Fanton............ 37 voix.
Vice-présidents, MM. Blatter........... 36 voix.
Jeay............. 36 voix.
Secrétaire-adjoint, M. Devoucoux........ 36 voix.

Le Secrétaire général donne lecture de son rapport annuel à l'assemblée générale de la Société.

Ce rapport mis aux voix est adopté.

En raison de l'heure tardive, le président remet la communication de M. Payotte sur « une eau dentifrice oxygénée » à la prochaine séance.

La séance est levée à minuit 1/4.

Le secrétaire général,
GEORGES LEMERLE.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 27 novembre 1906.

Présidence de M. GRIMAUD.

M. O. SOLBRIG donne lecture d'une importante communication sur les *Anomalies de la dent de sagesse*; il s'efforce de démontrer que cette dent n'est pas en voie de disparition, et que les anomalies dont elle est le siège, loin de se rencontrer uniquement dans les races civilisées, se retrouvent avec une égale fréquence dans les races dites inférieures. Il passe en revue les causes capables de déterminer les anomalies, et parmi ces causes il donne la place la plus importante aux influences pathologiques d'ordre général agissant pendant la longue période d'évolution de la dent de sagesse ; pour M. Solbrig, les anomalies de la troisième molaire auraient pour siège le germe même, et seraient déterminées par des influences nocives qui ont 15 années pour se manifester et laisser leur empreinte; elles seraient, pour employer l'expression de l'auteur, le reflet fidèle de la pathologie du germe de la dent de sagesse.

Après cette communication, M. Solbrig a présenté dans une série de projections photographiques très bien rendues, les résultats des recherches qu'il a entreprises au mercure où il a pu examiner au point de vue spécial des anomalies de la dent de sagesse plus de mille deux cents crânes provenant de différentes races.

Dans la discussion qui suit, M. Siffre, s'appuyant sur des communications présentées antérieurement sur le même sujet, se range à l'avis de M. Solbrig ; pour lui la dent de sagesse n'est pas en régression.

M. Barden appuie l'opinion de M. Siffre, au sujet de laquelle MM. Amoëdo et Grimaud présentent quelques réserves.

M. AMOEDO montre en projections un certain nombre de clichés intéressants au sujet des *articulateurs anatomiques*, question sur laquelle il se propose de revenir.

M. DUBOIS lit l'observation d'un cas de mort à la suite d'une infection causée par une dent de sagesse inférieure, dont l'extraction fut décidée trop tardivement.

M. SIFFRE présente un cas de redressement d'incisive obtenu lentement, sans ébranlement des dents par l'action de l'ouate ; il présente également quelques appareils genre bridge, à chacun, véritablement très ingénieux.

M. GRIMAUD montre des modèles présentant des anomalies dentaires (notamment un cas de six ans, maxillaire supérieur).

Séance du 27 décembre 1906.

Présidence de M. GRIMAUD.

M. AMOEDO développe sa communication sur les *Articulateurs anatomiques*, qu'il n'avait fait qu'ébaucher dans la séance précédente. Il expose minutieusement les principes sur lesquels s'est appuyé Bonwill pour la construction de son articulateur ; il présente en même temps un certain nombre d'articulateurs anatomiques, ceux de Bonwill, Schwast, Snow, Christensen, Gritmann, Kerr, etc., dont il fait la démonstration.

M. Amoëdo, donnant à sa communication un sens essentiellement pratique, s'étend longuement sur les détails de construction des dentiers complets, depuis la prise de l'empreinte jusqu'à la forme à donner aux dents, et insiste sur de nombreux points que l'on est accoutumé à voir laisser dans l'ombre.

Il présente un instrument dont il a vu faire usage à l'étranger et qui est destiné à faciliter la prise de l'articulation. Celui-ci se compose d'une demi-circonférence métallique, dont les deux extrémités viennent prendre place sur les condyles ; à la partie correspondant au menton, une vis à crémaillère, qui meut un coussinet, fait, quand elle entre en action, rentrer le menton le plus possible.

Cet instrument nous a d'ailleurs semblé d'un usage peu recommandable.

Au cours de la discussion qui suit la communication de M. Amoëdo, M. SIFFRE et M. GRIMAUD se déclarent peu partisans des articulateurs anatomiques, dont l'emploi ne suffit pas à faire disparaître les causes d'erreurs de la prise de l'articulation ; ils pensent que la véritable manière de confectionner un dentier, au point de vue de la mastication, est celle qui consiste à faire les retouches sur cire en présence du patient.

Il est donné lecture, au nom de M. Chevalier (de Bar-le-Duc), d'une observation de fistule du cou d'origine dentaire, guérie par une injection de créosote.

H. D.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Au Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France. Démissions.

Nous avons reçu, avec prière de l'insérer, la lettre collective suivante qui a été adressée à M. le Président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

A Monsieur le Président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

Paris, le 9 janvier 1907.

Monsieur le Président,

Nous avons l'honneur de vous faire connaître que nous nous associons pleinement aux sentiments exprimés par M. d'Argent dans la lettre qu'il vous a adressée, le 14 décembre dernier, pour vous donner sa démission de membre du Syndicat des chirurgiens-dentistes, et que nous partageons complètement sa manière de voir. Comme il nous paraît inutile d'y ajouter un commentaire quelconque, qui ne pourrait qu'en affaiblir la portée, nous vous prions par la présente de ne plus nous compter à partir d'aujourd'hui au nombre des membres dudit Syndicat.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, nos salutations les plus empressées.

Barrié,
Billet,
Blatter,
Cahen,
Cernéa,
Cossas,
H. de la Loge,
Desforges,
Devoucoux,
R. Fouques,
Geoffroy,
Rebel,
Saurain,
Staviski.

Autres démissions.

Nous apprenons que MM. G. Fouques, Choquet et Heïdé ont également donné leur démission de membres du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

DÉCLARATION

adoptée par le Conseil de Direction dans sa séance du 27 décembre 1906.

Au moment où nous assumons à nouveau la charge de la direction de notre Société nous pensons que vous attendez de nous une déclaration, qui dans les circonstances actuelles s'impose particulièrement.

En trois votes successifs l'assemblée générale du 18 décembre a condamné l'attitude de nos adversaires, approuvé les mesures disciplinaires prises par le Conseil et nettement manifesté sa volonté d'union pour l'action en éliminant du Conseil ceux qui y représentaient le parti de l'opposition systématique.

Cet acte d'énergie de l'assemblée générale se trouvait déterminé et légitimé par le caractère et la persistance de cette opposition. Depuis près de trois ans les manœuvres obliques et même les attaques publiques se sont multipliées. Deux assemblées générales extraordinaires convoquées pour établir de pseudo-irrégularités, les séances du Conseil employées à de stériles disputes, tous les prétextes saisis et parfois créés pour entraver l'effort de ceux qui avaient la responsabilité de l'administration et de la direction, rendaient la situation intolérable.

Il était réservé à cette année de la voir aggravée encore par une campagne sans précédent, campagne d'injures publiques, suivie en ces derniers temps d'une campagne électorale qu'il ne nous convient plus maintenant de qualifier, le Conseil et son Bureau ayant fait entendre en temps voulu les protestations nécessaires.

Pour la quatrième fois, en assemblée générale, les membres de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ont condamné cette politique d'opposition outrancière et stérile et ses procédés de polémique par l'outrage contre les personnes ; nous en remercions tous les amis de l'Ecole dentaire.

Ils ont remis en nos mains le sort de notre Ecole et du Dispensaire : c'est un honneur que nous apprécions ; nous ne faillirons pas aux devoirs qu'il nous impose.

Avant tout, par des réalisations pratiques dans le fonctionnement et dans l'administration de l'Ecole et du Dispensaire, nous ferons tout

pour répondre comme il convient à nos adversaires. Malgré la forme dont ils les enveloppent, leurs critiques seront l'objet de notre étude attentive, et s'il s'y rencontre des indications utiles, nous n'hésiterons pas à en tirer profit. Nous n'avons pas l'esprit étroit de chapelle, nous sommes et voulons rester les serviteurs de la Société tout entière.

Notre programme reste le même en ses lignes essentielles ; les expériences successives nous permettent de le préciser toujours davantage.

Les attaques injustes contre de prétendues tendances stomatologistes de la Direction précédente, qui nous ont tous indignés, ont pu décourager quelques-uns de nos collègues plus particulièrement visés et les amener à diminuer momentanément leur active collaboration : nous déplorons ces conséquences de ces luttes intestines et nous en laissons la responsabilité à ceux qui les ont provoquées ; mais nous devons constater qu'elles n'ont pas plus affaibli la confiance des membres de la Société dans leurs mandataires habituels, qu'elles n'ont modifié les convictions odontologiques de ceux qu'ils ont replacés à leur tête ; ces convictions restent aussi profondes que dans le passé et aucun prétexte à accusation sur ce point n'a maintenant chance d'être accueilli.

Les critiques contre l'Administration de l'Ecole et du Dispensaire sont aussi injustifiées, et il y a déjà été répondu d'autre part pour en démontrer l'inanité. Ainsi, en ce qui concerne l'augmentation du nombre des étudiants dentistes, elle ne saurait nous être imputée,elle est générale, aussi bien dans les facultés de l'Etat que dans les écoles libres, elle est très probablement la conséquence de l'élévation du niveau de la profession ; l'imputer aux Ecoles dentaires, c'est prendre l'effet pour la cause. Toute mesure pour restreindre le nombre des élèves dans notre Ecole profiterait seulement aux autres établissements, à moins qu'elle ne soit d'ordre législatif, et pour cela il faut s'adresser aux pouvoirs publics et non à l'Administration de notre Ecole, qui ne fait rien pour augmenter le nombre des dentistes, si ce n'est d'instruire ceux qui viennent le lui demander. Mais nous continuerons à veiller à ce que les conditions nécessaires imposées par l'Etat pour une scolarité régulière soient toujours bien remplies par un contrôle sévère et une surveillance effective des travaux pratiques et des inscriptions, en même temps que nous imposons à nos élèves une discipline bienveillante, mais ferme.

Nous appliquerons aux malades de notre dispensaire le contrôle et la surveillance que nous avons déjà organisés pour arriver à la suppression complète de la catégorie des malades aisés. La précieuse entente obtenue avec l'Assistance publique va du reste nous donner une nouvelle source de malades qui, nous l'espérons, suffiront graduellement aux besoins de notre enseignement ; grâce à cela nous

pourrons supprimer dès à présent les appareils de prothèse payants, dont le nombre est déjà très réduit. Il nous sera donc permis de faire disparaître ce prétexte à des débats irritants sur la prétendue concurrence de l'Ecole dentaire dont on a exagéré l'importance.

Mais pour que ces mesures relatives aux élèves et aux malades soient réellement profitables à la profession, il faudrait qu'elles soient généralisées, c'est-à-dire imposées à toutes les écoles, à tous les dispensaires dentaires de France, et nous espérons que les membres des Sociétés professionnelles qui ont sur ces points réservé leurs attaques à l'Ecole dentaire de Paris voudront montrer leur impartialité à notre égard en s'employant à les imposer aux institutions concurrentes.

Nous donnerons tous nos soins à l'administration intérieure de la Société afin que dans tous les services il règne la régularité, l'ordre et le contrôle nécessaires. Nous étudierons particulièrement les réformes qu'il peut être nécessaire d'apporter à notre règlement intérieur tant au point de vue de l'enseignement de l'École et du fonctionnement du Dispensaire qu'au point de vue des diverses branches de la Société. Mais certaines de ces réformes restent un peu subordonnées à la solution qui interviendra entre l'Association et l'Ecole au sujet de leurs rapports respectifs par l'intermédiaire du Conseil général du Groupement ; nous nous en tenons sur ce point à la solution préconisée par le Conseil précédent dans le rapport de notre collègue F. Jean qui vous a été adressé : **Union intime** ou **autonomie complète,** suivant ce que décidera l'assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France qui doit avoir lieu le 20 janvier prochain.

L'unité administrative analogue à ce qui existait avant 1892 est préférable au *statu quo*, qui a laissé se produire des antagonismes nuisibles au fonctionnement harmonique de tous les rouages de notre Groupement professionnel ; mais si cette solution n'était pas acceptée, nous prendrions toutes les mesures nécessaires pour assurer une autonomie favorable à l'évolution de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

Devant la cohésion de nos adversaires nous ne pouvons nous soustraire à l'unité de direction de la Société. L'avantage de répartir exagérément les responsabilités se paie d'un défaut d'unité dans l'action. Cette unité de direction se fera avec le concours d'un Bureau homogène, la collaboration mensuelle du Conseil de Direction et sous le contrôle annuel de l'assemblée générale de la Société, conformément à notre organisation démocratique ; nous y joindrons l'unité dans l'enseignement dont nous poursuivons la réalisation depuis déjà quelques années.

L'excellente gestion de ces deux dernières années a amélioré la

situation précédente et nous permet, dans l'ordre de l'enseignement, de réaliser de nouveaux progrès. Dès le début de cette année scolaire nous avons déjà perfectionné l'organisation de l'enseignement de la dentisterie opératoire et celle de la prothèse; nous continuerons pour les autres branches de l'enseignement.

En même temps nous consacrerons notre activité à faire aboutir à l'Instruction publique la série de réformes que l'intérêt général de notre profession, aussi bien que son élévation intellectuelle, réclament depuis longtemps et que nous avons énumérées à la séance de réouverture, savoir : suppression du certificat d'études secondaires, stage de prothèse de deux ans et examen de validation du stage, les examens médicaux (le 1er et le 2e) après la 2e année, l'examen technique après la 3e année, la réforme du 3e examen divisé en trois parties : clinique, dentisterie opératoire, prothèse dentaire.

Nous continuerons à maintenir l'action et l'influence extérieures de notre Société par sa participation à toutes les manifestations odontologiques en France et à l'étranger qui peuvent concourir à son bon renom et à celui du chirurgien-dentiste français (Fédérations dentaires nationale et internationale, Congrès, Expositions, Délégation, etc.).

Mais l'influence morale de notre école sur l'évolution odontologique, qui a été si efficace jusqu'à ce jour, est liée à sa prospérité matérielle et il faut veiller à l'une et à l'autre.

Il nous serait agréable de donner tous nos efforts à cette action positive et féconde et nous serions heureux de n'avoir plus à épuiser nos énergies en des luttes stériles ; aussi espérons-nous que, s'inclinant enfin devant la volonté de la majorité de cette Société, nos adversaires renonceront à leur opposition systématique et cesseront leurs attaques publiques et injurieuses. Cependant nous sommes résolus à ne pas déserter le combat si on nous l'impose. Toute attaque, quelle que soit sa forme, nous trouvera prêts à la riposte : discussion d'idées, sanctions disciplinaires, sanctions judiciaires. Une plus longue tolérance serait une faiblesse coupable. Il faut ramener les membres qui s'en écarteraient, aux loyales et fécondes discussions, seules admises dans une Société comme la nôtre. Dans une organisation démocratique la majorité décide et ses décisions doivent être respectées. Mais, à nos yeux, rien ne vaut l'Union ; nous sommes disposés à oublier hier, nous n'avons de mesquines rancunes contre personne, nous ferons tout ce qui sera possible pour rétablir la bonne harmonie dans la Société.

Nous ne serons jamais trop nombreux pour assurer la prospérité de notre École et sa valeur scientifique. Aussi faisons-nous appel à tous ceux que la passion n'aveugle pas et qui, sans distinction d'origine, pourvu qu'ils acceptent la déclaration de principes des odonto-

logistes, veulent avec nous concourir à cette œuvre, l'Union restant pour nous l'idéal, parce qu'elle est la mère " des Progrès ".

Le Conseil d'Administration.

*
* *

Le Conseil d'Administration de la Société de l'École et du Dispensaire Dentaires de Paris, dans sa séance du 27 décembre 1906, a adopté la déclaration ci-dessus, qui a été lue au nom du nouveau Bureau, et a décidé qu'elle serait adressée à tous les membres de la Société titulaires et correspondants.

Nomination d'un membre honoraire du Conseil.

Dans sa séance du 27 décembre dernier le Conseil d'administration de la Société a nommé M. Gillard membre honoraire du Conseil.

Réception à l'École dentaire de Paris.

Le Conseil d'administration de la Société a reçu le mardi 1er janvier, à 10 heures du matin, à l'École, le corps enseignant de l'École et les délégués des élèves.

La réunion a eu un caractère de cordialité tout spécial, des toasts ont été portés à l'union et à la bonne harmonie.

Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris.

Nous avons publié dans notre dernier numéro la lettre que le directeur de l'École dentaire de Paris a adressée à la *Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris* pour rectifier les allégations d'un membre de cette Société, M. Lobligeois.

A la séance du 12 décembre de cette Société, le secrétaire général en a donné lecture. Après un échange d'observations la Société a décidé d'insérer cette lettre, après visite rendue à M. Godon par le secrétaire général, et de déclarer formellement de ne pas continuer la discussion plus longtemps et de passer à l'ordre du jour.

A ce propos M. Cange, qui ne se trouvait pas au début de la séance lors de l'adoption du procès-verbal, désirant voir développer plus complètement sa pensée, à son avis insuffisamment comprise, précise que, s'adressant à M. Lobligeois, il a déclaré : « 1° d'une part, que la Société n'a à prendre parti ni pour les docteurs en médecine dentistes, ni pour les chirurgiens-dentistes ; 2° puisque, d'autre part, des soins et des appareils de prothèse gratuits sont assurés aux malades, la Société doit les accueillir avec empressement. »

Ce qui précède est emprunté à l'organe de la Société : *Bulletin de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris et Revue d'Assistance médicale* de janvier 1907.

CORRESPONDANCE

Paris, le 5 décembre 1906.

A Monsieur le Directeur de *L'Odontologie.*

Monsieur le Directeur,

Dans le numéro du 15 novembre, le *Bulletin du Syndical des Chirurgiens-Dentistes de France*, publie la copie d'un ordre du jour du Comité de rédaction de *L'Odontologie*, que le rédacteur en chef de ce journal adressait à l'appui d'une lettre écrite à M. Loup, le 26 juillet dernier.

L'un des considérants de cet ordre du jour me mettant en cause, je me vois obligé de sortir de la réserve que je me suis imposée depuis que j'ai quitté les fonctions que j'occupais au journal et à l'École, pour donner à mes confrères les explications nécessaires à la justification de mes décisions.

Le considérant qui me vise est ainsi rédigé :

« Le Comité de rédaction : considérant qu'il aurait souhaité qu'un article fût fait sur les questions d'orientation professionnelle exposées par M. Sauvez et que le directeur de *L'Odontologie* s'en était préoccupé en proposant à M. Martinier de se charger de cet article. »

Ce n'est pas la première fois que l'on fait appel à mon dévouement à la cause des dentistes en me demandant de soutenir leurs intérêts par la plume.

Il y a deux ans, le Conseil de direction de l'École dentaire de Paris me fit l'honneur de me demander la rédaction d'un article de discussion destiné à combattre le projet de création d'un laboratoire central de prothèse des hôpitaux de Paris, émanant de M. Chompret. A cette époque, j'étais rédacteur en chef de *L'Odontologie* et, bien qu'il me fût désagréable d'entrer en lice avec un adversaire qui m'est des plus sympathiques, je ne crus pas devoir décliner l'honneur qui m'était fait. J'estimais, en effet, que les fonctions dont j'étais investi, me faisaient un devoir d'accepter. J'ai donc écrit l'article demandé, et M. le docteur Godon a bien voulu reconnaître récemment dans un article sur l'Assistance publique et les Écoles dentaires, (*Odontologie* du 30 octobre) que mon intervention n'avait pas été inutile et qu'elle avait joué un certain rôle dans la décision récente prise par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, sur la proposition de son directeur.

Lorsqu'au mois de juillet dernier M. le directeur de *L'Odontologie* me proposa de répondre à l'article du docteur Sauvez, je n'étais plus

dans les mêmes conditions ; les mêmes membres du Conseil de direction qui m'avaient, à la suite de mon article, voté des félicitations, avaient cru devoir, quelques mois après, ne pas me « renouveler mon mandat » ainsi que l'annonçait *L'Odontologie*, dans son numéro du 15 mai 1905.

La situation était donc différente : je n'avais plus, en juillet dernier, aucune qualité pour prendre la défense des dentistes et il n'y avait pas lieu de me substituer au Comité de rédaction actuel ainsi qu'à ses fonctionnaires. C'est pourquoi j'ai refusé, en faisant comprendre au docteur Godon que, si le Comité de rédaction de *L'Odontologie* désirait qu'un article fût fait en réponse à celui du docteur Sauvez, il n'avait qu'à en charger un de ses membres, beaucoup mieux qualifié que moi actuellement pour rompre des lances en faveur des dentistes ; je continue, en effet, à penser que toute fonction implique des charges et des devoirs et qu'il est regrettable de faire appel dans un cas semblable au dévouement d'un confrère qui a cessé, malgré lui, de faire partie de la rédaction de *L'Odontologie*, à laquelle il appartenait depuis 1892.

Je déplore, pour ma part, qu'à la suite de mon refus, il n'ait pas été répondu à M. Sauvez par un confrère désireux de remettre les choses au point, et de donner ainsi satisfaction au Comité de rédaction de *L'Odontologie*, puisque celui-ci trouvait, et à juste raison, que cette réponse était nécessaire.

J'espère toutefois que mes confrères reconnaîtront qu'en cette occasion j'ai eu raison de décliner l'honneur qui m'était fait et qu'ils m'approuveront de ne pas m'être substitué aux membres du Comité de rédaction, défenseurs véritablement qualifiés des intérêts des dentistes.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, avec mes excuses pour cette trop longue lettre, que je vous prie néanmoins de bien vouloir publier, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

P. MARTINIER.

*
* *

M. Martinier dans la lettre qu'on vient de lire se méprend sur les motifs qui ont amené le directeur de L'Odontologie *à lui demander de faire un article en réponse à celui de M. Sauvez.*

Le directeur du journal, en s'adressant à M. Martinier, était mû par un sentiment d'impartialité que notre confrère ne nous semble pas avoir compris.

Le Comité de rédaction, en effet, désirant publier sur le même sujet que celui choisi par M. Sauvez un article exposant la question à un point de vue différent, avait choisi M. Martinier, justement à cause des événements qu'il rappelle dans sa lettre, comme lui paraissant représenter des idées assez nettement différentes de celles de M. Sauvez et parce que nous savions qu'il avait exprimé le désir de faire dans L'Odontologie *une série d'articles sur la politique professionnelle.*

Il n'a pas convenu à M. Martinier de faire l'article qui lui était demandé : libre à lui ; mais le Comité de rédaction s'élève contre les insinuations contenues dans la lettre ci-dessus, car, en lui demandant l'article en question, le Comité n'a jamais songé à esquiver une tâche ou une responsabilité, mais à affirmer au contraire ses sentiments d'impartialité et à faire à M. Martinier un honneur qu'il regrette qu'il n'ait pas compris.

Pour ce qui est de l'article de M. Loup et de la correspondance échangée à ce sujet qui a donné naissance à la lettre de M. Martinier, le Comité de rédaction l'eût inséré très volontiers, quant aux idées générales que cet article voulait défendre ; mais il a dû le refuser en raison de sa forme et des attaques personnelles discourtoises qu'il contenait quand il lui fut remis, attaques qui ont en partie disparu dans la publication qui en a été faite ailleurs, fait contre lequel le Comité de rédaction a protesté dans sa dernière séance.

N. D. L. R.

NOUVELLES

Erratum.

Des renseignements incomplets nous ont fait annoncer dans notre numéro du 15 décembre la mort de notre confrère M. H. Viers, diplômé de l'École dentaire de Paris en 1894.

Nous sommes informés aujourd'hui que le défunt est *M. Gaëlan Viers*, diplômé de l'École dentaire de Paris en 1897 et de la Faculté de médecine de Paris en 1898.

Banquet professionnel.

La Société odontologique de la Grande-Bretagne, fondée en 1857, célébrera son cinquantenaire par un banquet qui aura lieu le 2 février prochain à l'Hotel Cecil, à Londres, et auquel notre directeur et notre rédacteur en chef ont été invités.

Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination du Dr Isch Wall, professeur honoraire à l'École dentaire de Paris, au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Nous lui adressons nos très vives félicitations et sommes très heureux de cette distinction accordée à un professeur dont l'École a conservé le meilleur souvenir.

Association générale des dentistes de France.

Nous rappelons aux membres de l'Association générale des dentistes de France que l'Assemblée générale annuelle aura lieu le dimanche 20 janvier, à 9 heures du matin, à l'École dentaire de Paris.

27e ANNÉE. N° 2 30 JANVIER 1907 VOL. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR LES CAUSES DE L'ÉROSION OU ABRASION CHIMIQUE DES DENTS[1]

Par W. D. MILLER,

Professeur à l'Université de Berlin.

Messieurs,

Je regrette beaucoup d'avoir une connaissance aussi imparfaite de votre belle langue et si je vous sais tout disposés à m'en excuser, je crains cependant que la clarté de l'exposition de mes recherches n'en souffre parfois.

Vous savez tous la diversité des opinions touchant l'érosion des dents.

Pour les uns, l'érosion reconnaît pour cause un agent mécanique ; pour les autres, il s'agit d'un agent chimique acide ou alcalin, ou bien d'un phénomène électrolytique, ou bien encore de fermentations produites par les bactéries de la bouche.

Nous allons tout d'abord nous occuper des causes mécaniques ; nous verrons ensuite les agents chimiques, enfin la combinaison des agents physiques et chimiques.

J'appellerai votre attention, tout d'abord, sur les causes mécaniques, en vous montrant quelques cas de pratique courante.

1. Conférence faite à la Société d'odontologie de Paris le 20 novembre 1906.

Voici un modèle qui vous offre un cas d'érosion, toutes les dents en paraissent saines, sauf les prémolaires et les canines des deux côtés qui sont dépourvues d'émail et dont les canaux sont ouverts. J'ai examiné le malade avec soin ; je n'ai rien trouvé d'anormal ; la réaction salivaire était alcaline. Comme vous le voyez, il n'existe de lésions que sur les canines et les prémolaires.

Une couronne en or posée sur la première petite molaire inférieure gauche fut usée en quinze jours jusqu'au ciment de scellement. La canine supérieure gauche portait une aurification ; en quatre ans l'or était tout à fait usé.

Ce malade ne se brossait jamais que les canines et les prémolaires en raison de la difficulté qu'il rencontrait pour passer la brosse entre les lèvres et les dents. En outre il usait quotidiennement d'une poudre de fabrication anglaise qui contient une grande proportion de pierre ponce. J'ai fait des expériences avec cette poudre et j'ai pu couper une dent jusqu'aux canaux en la brossant pendant deux heures.

J'ai examiné durant ces deux dernières années environ trois cents cas d'érosions et dans quatre-vingt-cinq cas j'ai fait un examen très complet des malades. Or, je n'ai jamais trouvé jusqu'à présent un cas d'érosion où la brosse dentaire n'ait été employée avec une poudre grossière quelconque.

Les poudres achetées dans le commerce contiennent souvent une grande quantité de pierre ponce.

Je vais vous montrer quelques micro-photographies de diverses poudres connues. Voici une photographie de poudre de pierre ponce, une photographie de sable fin, une photographie de craie, une photographie de poudre dentifrice anglaise composée de pierre ponce et de craie, une photographie de la poudre d'Evans, une photographie de poudre américaine fabriquée à Chicago, une poudre française et enfin une poudre qui a causé de graves érosions aux dents des personnes qui en ont fait usage. Le caractère de cette poudre n'est pas déterminé. Vous verrez que toutes

ces poudres sont très grossières ; elles contiennent presque toutes une forte proportion de pierre ponce. Il est très facile, avec une quelconque de ces poudres, de produire l'érosion de la dentine et l'érosion artificielle de l'émail. Si vous fixez une dent avec le plâtre ou avec de la cire à cacheter, il vous suffit de brosser cette dent deux heures avec une poudre dentifrice pour réussir à la couper jusqu'au canal.

Veuillez à ce sujet examiner les résultats de quelques expériences de cette nature faites avec diverses poudres. Voici même un maxillaire dont une des dents portait une grande aurification. Vous voyez que non seulement l'émail et l'ivoire ont été usés, mais que l'or lui-même n'a pu résister et qu'il ne reste que des traces de cette obturation.

Il m'a suffi pour obtenir ce résultat de brosser ces dents pendant dix-huit heures seulement.

Or, si l'on se brosse les dents de cette manière pendant dix secondes chaque jour, durant dix-huit ans, le même résultat se trouvera obtenu, la même érosion se produira.

Il n'est pas nécessaire pour cela qu'on emploie une poudre grossière : on peut aussi causer les mêmes lésions avec de la craie si l'on brosse souvent et vigoureusement.

On serait tenté de se demander pourquoi tout le monde ne présente pas d'érosions dentaires puisque la brosse et la poudre produisent de tels effets.

Il n'est pas difficile de répondre à cette question : c'est parce que la plupart des gens ne se brossent pas les dents et parce que ceux qui prennent ce soin font rarement usage de poudres dentifrices.

C'est ainsi que les malades des Hôpitaux et des Écoles dentaires ne présentent d'érosions qu'exceptionnellement.

Un de mes confrères m'a dit n'avoir rencontré qu'un seul cas d'érosion sur 3.000 malades de la Clinique dentaire de Leipzig.

Les auteurs de divers ouvrages dentaires et les directeurs d'Écoles dentaires ont fait la même observation.

Je ne sais pas quelles observations M. Godon a faites

ici à Paris, mais je crois que ce sera la même chose. J'ai eu pour ma part de très grandes difficultés à trouver des patients dans la Clinique de Berlin.

L'érosion n'attaque que les dents qui sont les plus accessibles à la brosse dentaire ; jamais, en effet, nous ne trouvons des dents de sagesse attaquées par l'érosion et très rarement des grosses molaires. Presque toujours ce sont les incisives, les canines et les petites molaires qui présentent des lésions d'érosion.

L'érosion ne s'observe jamais chez les sujets qui n'emploient pas la brosse dentaire. J'ai cherché et je n'ai jamais vu un cas d'érosion des dents chez une personne qui n'emploie pas la brosse dentaire.

J'ai remarqué aussi, ainsi que je l'ai déjà dit, que dans tous les cas où il y a une érosion grave dans la bouche, les obturations à l'or ou à l'amalgame sont également usées. Dans tous les cas où l'on trouvera que les soies de la brosse dentaire sont usées, on peut être tout à fait sûr que les dents seront usées aussi, parce que la brosse dentaire est très résistante à la friction et que normalement elle ne doit pas s'user ou du moins avec une extrême lenteur. Si, par contre, les dents sont usées, on trouvera une brosse également très usée. C'est pourquoi je demande toujours à mes patients de me montrer leurs brosses. Voici une série de brosses ayant occasionné les lésions que je vous montrais tout à l'heure, il est intéressant de les examiner.

Il y a encore un autre fait que je vous donne comme preuve de l'origine mécanique de l'érosion des dents : c'est l'âge des patients.

Sur soixante-neuf patients dont j'ai déterminé l'âge, j'ai trouvé que l'âge moyen était 50 ans. Le plus âgé avait 69 ans, le plus jeune 32 ans.

Quoique la brosse dentaire et la poudre jouent un rôle très important dans les cas d'érosion des dents, il faut se demander s'il n'y a pas de substances chimiques qui, jointes à la poudre dentifrice, peuvent accélérer les progrès de l'érosion.

Je me propose donc de vous entretenir maintenant du rôle des acides dans la formation de cette lésion.

Il faut bien dire tout d'abord que l'action des acides est très variée. Les uns ont une grande action sur l'ensemble des tissus durs de la dent, d'autres attaquent rapidement l'émail et peu la dentine, d'autres encore ont une action inverse. Il faut bien se souvenir de ces faits lorsqu'on étudie les causes de l'érosion dentaire.

Jusqu'à ce jour personne n'est parvenu à produire une trace d'érosion par l'action d'un acide quelconque. Un acide décalcifie l'émail et la dentine mais, après son action, on n'observe jamais sur la dent en expérience une surface dure et brillante comme dans les cas d'érosion.

L'érosion a cependant pu être reproduite artificiellement par des acides très énergiques comme l'acide nitrique fumant, l'acide chlorhydrique, l'eau régale.

On peut produire ainsi l'érosion sans recourir aux agents mécaniques. On a observé, et c'est là un fait très intéressant, que, dans les fabriques de dynamite, les opérateurs souffrent d'une érosion des dents très grave.

Or il est possible de produire cette érosion artificiellement. Il suffit pour cela d'exposer une surface limitée d'une dent aux vapeurs qui s'exhalent d'un mélange d'acide sulfurique et d'acide nitrique. Cette exposition doit durer huit à dix jours. Au bout de ce temps, si nous frottons avec du coton la dent en expérience, nous obtiendrons une cavité avec une surface très dure comparable à une véritable érosion.

Je vous montre ici une de ces dents.

La même expérience peut être reproduite avec des vapeurs d'acide chlorhydrique ou d'acide nitrique fumant. Ces acides ont le pouvoir de détruire à la fois les matières organiques et inorganiques de la dent. C'est à cause de leur puissance que nous pouvons obtenir l'érosion. Ce sont seulement ces substances qui peuvent provoquer de pareilles lésions, mais naturellement on ne les rencontre pas dans le milieu buccal, sauf chez les ouvriers employés dans les ma-

nufactures de dynamite et autres explosifs du même genre et qui vivent dans une atmosphère saturée de vapeurs acides d'une extrême nocivité.

Il n'en est pas de même avec les acides faibles.

Ainsi j'ai fait une série d'expériences avec l'acide carbonique, pensant que, peut-être, l'acide carbonique que nous expirons pouvait avoir une action sur les dents et parvenait à décalcifier l'émail.

Sur ce sujet, le résultat de mes expériences a toujours été négatif.

J'ai obtenu l'usure de l'émail, mais non celle de la dentine, avec l'acide lactique au 1 o/o.

Si l'on combine l'action de la brosse à celle d'un acide, on peut accélérer l'érosion de l'émail, mais non celle de la dentine, car l'action d'un acide est tout à fait différente selon qu'elle s'exerce sur l'un ou l'autre de ces tissus. Pour produire l'érosion en combinant les agents chimiques et mécaniques, il faut donner la prépondérance à ces derniers, sans quoi on obtient une décalcification, mais non une érosion pourvue de la surface dure et brillante que nous connaissons.

Pratiquement, dans tous les cas où il y a une action acide de la salive ou des sécrétions des gencives et des lèvres, l'érosion de l'émail peut être accélérée, mais non celle de la dentine.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit que d'acides faibles combinés à l'action mécanique de la brosse.

Les acides forts, je le répète, causent des lésions rapides sur l'un et l'autre de ces tissus, lésions reproduisant exactement l'érosion mécanique.

Cliniquement, il est possible en présence d'une érosion, de déterminer la nature chimico-mécanique ou mécanique de son origine, si les dents atteintes présentent des obturations métalliques.

S'il s'agit d'une érosion due à une cause chimico-mécanique, l'émail offrira une usure plus avancée que celle de l'or ou de l'amalgame de l'obturation voisine.

Dans le cas contraire, s'il s'agit d'une érosion de cause physique pure, l'usure intéressera d'une façon égale émail et obturation métallique.

Je conclus en exprimant cette opinion que dans la majorité des cas l'érosion des dents reconnaît une cause purement mécanique.

Quelquefois cette cause est chimico-mécanique comme chez certains de mes malades qui se brossaient les dents avec du jus de citron. Peut-être les sécrétions grandulaires de la face interne des lèvres jouent-elles également un certain rôle, car elles sont le plus souvent de réaction acide.

Lorsque vous vous trouverez en présence d'un cas d'érosion vous devrez d'abord examiner la brosse et la poudre dentifrice dont fait usage le patient. Si vous vous trouvez en présence d'une poudre très grossière, il faut indiquer une autre poudre, mais il ne faut pas pour cela faire abandonner complètement la brosse. Cependant il ne faut pas se brosser les dents ni trop vigoureusement, ni trop souvent dans la même journée. Si, dans certains cas particuliers, vous vous trouvez en présence d'une réaction acide du milieu buccal, vous pouvez ordonner l'usage du bicarbonate de soude.

PATHOGÉNIE DE LA CARIE DENTAIRE

Troubles réactionnels que provoquent les infections dans les tissus durs dentaires. Démembrement de la carie. Classification nouvelle basée sur l'histologie pathologique et sur la clinique [1].

Par MARCEL CAVALIÉ,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

(*Suite*)

V. — *Critique générale.* — La vitalité de la dent prend une part importante dans la carie des dents vivantes.

Redier et Frey ont presque mis le doigt sur la nature exacte de cette affection, qui n'est pas seulement le résultat d'un processus chimique ou parasitaire, mais qui relève aussi des réactions organiques des tissus frappés.

Il ne faut cependant pas tomber dans l'erreur des partisans de la théorie vitaliste et considérer la carie comme le fait exclusif des troubles morbides de l'organe ou d'une inflammation.

L'action exercée par les agents chimiques et microbiens est indéniable. Elle fixe admirablement aujourd'hui un des points capitaux de l'étiologie, celui des causes déterminantes. Sans elle il ne paraît pas que la carie puisse se produire. Elle suffit à expliquer les altérations des dents mortes ou de prothèse.

Mais suffit-elle seule dans le cas de carie des dents vivantes ?

a) *La carie des dents mortes et celle des dents vivantes.* — Il est aisé de faire abstraction des propriétés des dents vivantes et de comparer ces organes aux dents mortes, vis-à-vis d'agents infectieux envahisseurs.

La construction et la constitution minérale sont analogues,

1. Communication présentée au Congrès de l'A. F. A. S. Section d'Odontologie (Lyon, août 1906) et au Congrès de la Société Odontologique Suisse (Genève, août 1906). V. *Odontologie* du 15 janvier 1907, p. 5.

ce qui explique les faits communs d'observation dans les altérations des tissus durs. Mais une analyse précise oblige à établir une séparation nette entre ce qui est vivant et ce qui est mort ou inerte.

Galippe et Vignal[1], puis Ferrier[2] ont constaté qu'il y a dans les tissus durs dentaires vivants, comme dans les os, un travail d'assimilation et de désassimilation, que la densité des dents s'accroît depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, qu'elle est susceptible de varier alors suivant les oscillations de la nutrition et que les dents résistent d'autant mieux à l'action des microorganismes provoquant la carie qu'elles sont plus riches en matières minérales.

La clinique permet de constater des phénomènes certains de la vitalité des tissus durs, en particulier de l'ivoire.

Tout d'abord, dans la carie de l'ivoire, il y a souvent de l'hypersensibilité, témoignage de l'irritabilité. En second lieu, la marche de l'affection présente des modes d'une extrême variabilité, dus principalement aux réactions organiques vitales. On rencontre ainsi des formes de carie de l'ivoire tellement différentes que je suis obligé d'en indiquer ici quelques-unes, pour bien montrer que les agents microbiens ou chimiques paraissent impuissants à les provoquer seuls.

Il suffit d'une observation attentive pour remarquer, sur des dents cariées, l'arrêt du processus destructif, et même parfois l'existence d'un travail de réparation tendant plus ou moins à combler la cavité.

J'ai recueilli un grand nombre de dents cariées temporaires et permanentes où se trouvent représentés différents stades de cette réparation par hyperplasie ou néoplasie de l'ivoire. (Voir plus loin les figures 6, 7 et 8.)

Bien entendu, l'émail détruit ne se reproduit plus. La

---

1. Galippe, *Recherches expérimentales sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents* (Paris, 1884). — Galippe et Vignal, *Note sur les microorganismes de la carie dentaire* (*Journal des connaissances médicales*, 1889).

2. Ferrier, *Relations de nutrition entre le squelette et les dents. Odontocie. Ostéocie* (Paris, 1900).

carie, au sens propre du mot, n'existe plus dans l'ivoire ; ce serait plutôt l'inverse.

L'examen histologique vient jeter un jour nouveau sur cet arrêt de la destruction et confirmer encore la non-analogie de la carie des dents vivantes et de celle des dents mortes.

Les caries des dents vivantes revêtent des formes histo-pathologiques variables et profondément différentes. Les unes, à marche rapide, creusent une cavité dont les parois sont tapissées par un détritus ramolli, comme pourri. J'ai pu, en collaboration avec mon cher maître, M. le professeur Coyne[1], mettre ici en évidence l'apparition d'éléments cellulaires migrateurs, indices d'une activité remarquable de défense organique.

Il est d'autres formes où les parois de la cavité sont pulvérulentes. Il en est d'autres enfin où elles sont consistantes, parfois même très durcies. Il est aisé de constater, dans ces dernières, au microscope, par irritation pathologique, un travail de calcification qui a lieu au niveau et aux alentours des parties infectées et altérées. Nous avons, M. Coyne et moi, étudié ces formations d'ivoire secondaire interstitiel dues à une suractivité des odontoblastes[2]. (Voir plus loin les figures *21* et *22*.)

Tout cela ne peut exister dans la carie des dents mortes. Les lésions s'y répètent dans un ordre toujours le même, invariable comme le tissu inerte invariable lui-même et soumis aux conditions de charpente de ce dernier.

L'extrême variabilité des lésions sur les dents vivantes représente un argument remarquable en faveur des résistances ou des réactions exercées par un organe envahi et altéré. Sa valeur est autrement significative que celle de la zone transparente et de quelques autres lésions.

La zone transparente qui s'observe surtout sur le pourtour de la carie des dents vivantes est due pour les uns à une

1. Coyne et Cavalié, *Les ostéoclastes dans la carie dentaire. Processus de destruction de la dent, au niveau de la zone cariée.* Comptes rendus de la Société de Biologie. Paris, 18 mars 1905.

2. Coyne et Cavalié, *Sur la réaction odontoblastique.* Comptes rendus de la Soc. de Biologie. Paris, 5 mai 1906.

calcification (réaction vitale), pour d'autres à une décalcification (action acide), pour d'autres à une précipitation secondaire des sels calcaires dissous par les acides, et pour d'autres enfin à une dégénérescence graisseuse (Kleinsorgen [1]).

L'élargissement des canalicules de l'ivoire, l'épaississement des gaines de Neumann, le gonflement ou la fragmentation des fibrilles ont été invoqués comme le résultat d'une réaction organique dans les dents vivantes.

Ces lésions ont perdu cette valeur depuis que plusieurs auteurs, par exemple Miller, les ont observées dans la carie artificielle, ou dans la carie des dents mortes.

b) La vitalité des tissus durs dentaires vivants est variable et la carie dentaire revêt des aspects différents suivant le tissu atteint. — Si la carie dentaire des dents vivantes apparaît déjà différente de celle des dents mortes, un autre fait important vient à l'appui de cette doctrine, c'est la différence d'aspect qu'elle présente dans chacun des trois tissus durs et qui est due pour une bonne part à l'inégalité de leurs propriétés vitales.

L'émail des dents permanentes jouit d'une très faible vitalité. Sa sensibilité est nulle. Sa nutrition, mal connue encore, paraît cependant exister, par une sorte de diffusion qui s'opérerait par l'intermédiaire de l'ivoire. L'analyse chimique, l'examen histologique et l'embryologie viennent confirmer cette constatation.

La proportion de sels minéraux pour cent grammes d'émail varie, suivant les auteurs, entre 96 et 98, celle des substances organiques entre 2 et 4. Ces substances organiques ne ressemblent pas à du protoplasma, mais à des dérivés.

La structure microscopique montre dans ce tissu une organisation privée d'éléments anatomiques.

Les études embryologiques viennent corroborer cette notion. L'émail en voie de développement est bien constitué par une assise de cellules ; mais ces cellules (adamantoblastes) se transforment peu à peu en blocs calcaires dont

---

1. Kleinsorgen, *Sur l'immunité de la carie. Deutsche Zahnärztliche Zeitung*, 1906.

la charpente, chez l'adulte, conserve (seul vestige) quelques travées de substance organique.

L'émail des dents temporaires est d'ailleurs intermédiaire entre l'état cellulaire vivant, embryonnaire et l'état minéral de l'adulte. Il renferme 22 o/o de matières organiques (Hoppe-Seyler).

Lorsque l'infection pénètre dans l'émail des dents permanentes, par un point, par exemple, de la surface de la couronne, il s'ensuit une altération progressive, envahissante, sans résistance organique bien appréciable. La valeur destructive des agents infectieux et chimiques influe certainement beaucoup sur la marche de l'altération. Mais le tissu de l'émail assiste passivement aux désordres dont il est le siège. Dépourvu d'éléments vivants (cellules ou prolongements cellulaires) il ne saurait être irrité et réagir vis-à-vis d'un agent étiologique envahisseur. La densité minérale constitue seule un moyen de résistance, tout comme dans une planche où la vermine aura d'autant plus de peine à pénétrer que les fibres ligneuses seront plus serrées et plus denses.

Je laisse de côté pour le moment la question de la vitalité de l'émail des dents temporaires sur laquelle je reviendrai ultérieurement.

L'ivoire et le cément, par contre, jouissent d'une vitalité indéniable et assez considérable pour influer sur la carie qui les frappe.

Le cément est analogue au tissu osseux, susceptible comme lui de réagir aux atteintes extérieures et de s'enflammer. Il renferme environ 32 o/o de substances organiques contre 68 o/o de sels minéraux. Dans le cément vivant, comme dans le tissu osseux se trouvent des éléments cellulaires (cémentoblastes) comparables aux cellules osseuses.

Les altérations du cément, par suite, ne relèvent pas seulement de la pénétration des agents infectieux ou de leurs produits, mais aussi des troubles provoqués dans les éléments de ce tissu. Ce sont de vraies ostéites (cémentites),

maladies qui ne sauraient en aucun cas être homologuées aux altérations passives de l'émail.

L'ivoire, de même, par ses propriétés vitales, se rapproche du cément. Il renferme environ 28 o/o de substances organiques et 72 o/o de matières minérales. A l'état normal, chez l'homme, il ne contient pas d'éléments cellulaires, mais les canalicules qui le sillonnent en direction radiaire sont parcourus par de fines fibrilles vivantes, prolongements protoplasmiques des odontoblastes.

La dentine n'est pas un bloc calcaire, mais un ensemble vivant et irritable. Mon collègue et ami M. J. Tellier, dans son intéressant rapport au Congrès international de 1900 [1], a parfaitement mis en relief les phénomènes de nutrition de la dentine et leurs variations, ainsi que l'état actuel de la question.

D'autre part, un autre de mes collègues et amis, M. Pont [2], a même émis l'hypothèse ingénieuse que :

Les odontoblastes sont des cellules nerveuses dont les prolongements périphériques (fibrilles de Tomes) constituent la voie cellulipète et les prolongements pulpaires la voie cellulifuge. Ces considérations anatomiques nous expliquent non seulement la sensibilité exquise de la dentine, mais aussi son extrême sensibilité au niveau des régions superficielles (zone aréolaire) et au niveau du collet (zone granuleuse).

Sans aller jusqu'à faire de l'odontoblaste un neurone périphérique dentaire, il est certain qu'il y a une part de vérité dans cette opinion.

La couche des odontoblastes avec ses prolongements protoplasmiques représente un organe sensoriel, dans le vrai sens du mot, analogue aux organes sensoriels tactiles, ou aux bourgeons du goût, c'est-à-dire un organe de renforcement des impressions qui de là sont transmises aux

---

1. J. Tellier, *La nutrition de la dentine sous les influences physiologiques.* IIIe Congrès dentaire international. Paris, août 1900. Comptes rendus publiés par Sauvez, tome II. p. 25-67.

2. A. Pont, *De la cataphorèse en art dentaire et plus spécialement dans le cas de dentine hypersensible.* IIIe Congrès dentaire international. Paris, août 1900. Comptes rendus publiés par Sauvez. tome II, p. 212.

filets nerveux pulpaires. A. Gysi[1] a émis une opinion analogue en disant que les odontoblastes sont des intermédiaires entre l'extérieur et les nerfs.

Je pense en outre que cette couche d'odontoblastes embryologiquement, comme physiologiquement, fait partie du tissu de l'ivoire et doit être (fonctionnellement du moins) séparée de la pulpe pour être rattachée à l'ivoire. L'ivoire apparaît ainsi comme un tissu dans lequel la calcification est limitée aux alentours d'une partie de la cellule (les fibrilles périphériques), le reste de la cellule restant en dehors de la zone calcifiée.

C'est un état intermédiaire entre le tissu conjonctif et le tissu osseux dans lequel les cellules sont complètement entourées par la substance fondamentale calcifiée.

Dans ces conditions et comme je l'enseigne, l'ivoire est un tissu bien vivant parfaitement irritable ; les atteintes qu'il subira, de la part des agents chimiques ou infectieux, sont, la plupart du temps, accompagnées de troubles réactionnels propres à ce tissu et qui caractérisent les affections dont il est le siège.

La carie dentaire est d'origine infectieuse et, comme dans toute infection, il y a deux sortes de facteurs qui peuvent influer sur les lésions produites : les qualités du terrain où elle évolue et les microorganismes (J. Tellier).

IIe PARTIE

Recherches anatomo et histo-pathologiques de MM. Coyne et Cavalié.

J'ai recueilli, depuis trois ans, sur le vivant, un grand nombre de dents cariées, à divers degrés et sous diverses formes, pour en étudier les lésions histologiques au laboratoire de mon cher maître, M. le professeur Coyne.

Les résultats des recherches que j'ai faites, sous sa direction, ont été publiés au Congrès international d'anatomie

---

1. A. Gysi, *Versuch, zur Erklärung der Empfindlichkeit des Denthins.* IIIe Congrès dentaire international. Paris, août 1900. Comptes rendus publiés par Sauvez, tome III, p. 227.

(Genève, août 1905), à la Société de Biologie (Paris, 1905 et 1906) et à l'Académie de médecine (1906)[1].

Nous avons observé, principalement dans les caries de l'ivoire, l'existence d'altérations histologiques variées que nous avons groupées en plusieurs catégories distinctes.

I. — DÉCOUVERTE DES ODONTOCLASTES DANS LA CARIE DENTAIRE ET LEUR INFLUENCE DANS LE PROCESSUS DE DESTRUCTION DE L'IVOIRE, AU NIVEAU DE LA ZONE CARIÉE. — L'examen de préparations microscopiques, concernant des dents cariées (carie de l'ivoire) nous a permis, à mon maître M. Coyne et à moi, de constater dans certains cas, au niveau des zones de ramollissement et de destruction, la présence de cellules multinucléées qui offrent tous les caractères des ostéoclastes (myéloplaxes de Robin).

Ces éléments contribuent puissamment à la destruction du cément, de l'ivoire et même de l'émail et par suite à la rapidité de la marche de la carie. En raison même de leurs fonctions nous leur avons donné le nom *d'odontoclastes.* Nous ne les avons pas trouvés sur toutes les dents cariées, mais sur celles dont la carie a atteint l'ivoire, surtout lorsque la pulpe est mise à nu.

Les auteurs décrivent dans la carie quatre zones qui sont, en partant de la surface cariée vers la profondeur saine de l'ivoire :

1° Zone de destruction ;
2° Zone de ramollissement ;
3° Zone opaque ;
4° Zone transparente.

C'est au niveau des deux premières zones que nous avons mis nettement en évidence la présence d'odontoclastes. Il n'y en a pas dans la pulpe ni dans le périodonte ni dans le reste des tissus durs dentaires, sauf dans certains cas pathologiques.

La zone de destruction et même celle de ramollissement

---

1. Coyne et Cavalié, *loc. citato*, et *Troubles réactionnels dans la carie dentaire. Les réactions odontoblastique et odontoclastique.* Académie de Médecine. Paris, 1906.

sont souvent peu adhérentes au reste de la dent ; aussi est-il nécessaire de prendre quelques précautions pour les conserver au cours des manipulations histologiques. Voilà pourquoi, sans doute, ces deux zones ont été, jusqu'ici, relativement peu observées.

II. — Technique des recherches histologiques de MM. Coyne et Cavalié. — Voici la technique que j'ai suivie, en collaboration avec M. le professeur Coyne et sous sa direction.

A. *Choix des dents.* — Il faut recueillir des dents dont la partie cariée n'a été l'objet, au préalable, d'aucun soin thérapeutique [1]. Pour la commodité des examens ultérieurs, j'ai l'habitude de classer et de séparer les dents cariées, grosso modo, de la façon suivante :

1° Dents pourvues de caries de l'émail (noires ou brunes) ;

2° Dents pourvues de caries de l'émail (blanchâtres, crayeuses) ;

3° Dents pourvues de caries de l'ivoire (pénétrantes ou non) à détritus très mou dans la cavité ;

4° Dents pourvues de caries de l'ivoire (pénétrantes ou non) à détritus pulvérulent gris noirâtre ;

5° Dents pourvues de caries (pénétrantes ou non) à surface cariée dure, parfois vernissée ;

6° Dents pourvues d'altérations du cément.

Je fixe tantôt les dents entières, tantôt les dents brisées suivant leur hauteur, tantôt la substance cariée excisée soigneusement dans les parois de la cavité cariée.

Il faut se garder de leur faire subir un lavage.

Les dents ou leurs fragments sont plongés aussitôt après l'extraction dans un liquide fixateur.

A chaque catégorie de dents correspondent des flacons particuliers. Ces flacons, à large ouverture, doivent contenir de 150 à 500 c. c. ; on dispose un coussinet tassé de coton hydrophile, dans l'intérieur de chacun et au fond ; on y verse

---

1. Je recueille maintenant des dents dont les cavités cariées ont été l'objet d'applications thérapeutiques diverses pour faire des études comparatives.

le liquide fixateur et on introduit quelques dents (3 ou 4) ou quelques fragments de dents qui, reposant sur le coton imbibé, sont en contact avec le liquide sur toute leur surface.

B. *Liquides fixateurs.* — J'ai employé et j'emploie couramment l'alcool absolu, la solution d'acide chromique à 1 o/o, le liquide de Tellyeniczky :

Bichromate de potasse à 3 o/o	95 vol.
Acide acétique cristall.	5 vo .

Le liquide de Pérényi :

Acide chromique à 0,5 o/o	3 p.
Acide nitrique à 10 o/o	4 p.
Alcool	3 p.

Le mélange suivant :

Solution saturée de sublimé dans l'eau bouillante et refroidie	āā
Solution d'acide chromique à 1 o/o	

Ou encore le mélange indiqué par Redier :

Acide nitrique à 46°	15 c. c.
Acide acétique glacial	4 c. c.
Sublimé	20 gr.
Alcool à 60°	100 c. c.
Eau distillée	88 c. c.

Au bout d'un temps variable suivant le fixateur, lavage à l'eau et à l'alcool s'il y a lieu.

C. *Décalcification.* — Avant de procéder à la décalcification, je pratique l'enrobage de chaque dent ou de chaque fragment de dent dans le collodion (solution forte). Cette manœuvre est capitale pour conserver toutes les parties cariées intactes ; sans quoi elles peuvent se désagréger et se séparer du reste de la pièce.

Passage à l'alcool faible.

Les dents ou parties de dents sont mises à décalcifier dans un des liquides décalcifiants connus.

Je me suis très bien trouvé d'un mélange d'acide lactique et d'eau à 10 o/o, du liquide de Von Ebner, d'un mélange d'acide azotique et d'alcool dans la proportion d'un à cinq, du procédé à la phloroglucine ou enfin d'une immersion

dans la solution saturée aqueuse d'acide picrique, ou à 1 o/o d'acide chromique.

Après décalcification, lavage soigné dans l'eau additionnée d'ammoniaque, ou de carbonate de soude, ou de carbonate d'ammoniaque, ou de molybdate d'ammoniaque.

Les pièces sont mises ensuite dans l'alcool à 60° ; au bout de vingt-quatre heures l'enrobage au collodion est enlevé avec les plus grandes précautions.

Passages successifs dans l'alcool à 90° (quelques heures), dans l'alcool absolu (quelques heures), dans le xylol (quelques minutes ou quelques heures jusqu'à transparence).

Immersion dans la paraffine à 36° à l'étuve, (quelques heures), puis dans la paraffine à 54° (trois à quatre heures).

Les passages dans les alcools et le xylol doivent être rapides et bien surveillés à cause du trop grand durcissement.

J'ai pu obtenir des coupes de 1/150 à 1/300 suffisantes pour l'observation.

Les colorations par le bleu d'Unna, par la safranine, par l'éosine-vert de méthyle, par le Ziehl, ou par la méthode de Gram m'ont donné des résultats convenables.

D. *Préparation et inclusion des pièces sans décalcification.* — Lorsqu'il s'agit de fragments de substance ramollie, pris dans la cavité cariée, il est possible, une fois la fixation obtenue, de ne pas les soumettre à la décalcification et de faire directement les manipulations en vue de l'enrobage à la paraffine.

C'est de cette façon qu'on obtient d'excellents résultats ; mais nécessairement on n'obtient pas de coupes d'ensemble.

E. *Préparation des pièces sans décalcification et par usure.* — Les dents ou fragments de dents traités par le procédé de l'usure donnent aussi de bons résultats. Mais trop souvent une portion de la substance cariée est enlevée par les frottements.

III. — Examen microscopique de l'émail carié. — Sur les pièces décalcifiées au laboratoire, la structure et les lésions de l'émail sont difficiles à observer ; les acides

ayant dissous les sels calcaires, il ne reste presque rien du tissu.

Quelquefois cependant dans les décalcifications incomplètes, il est aisé de noter un épaississement des lignes interprismatiques (fig. 1).

Les coupes par usure, ou mieux les coupes partielles après inclusion, sans décalcification préalable (intéressant la région cariée seule), permettent de vérifier les descriptions bien connues qu'en ont faites les histologistes contemporains.

Je dois décrire rapidement deux formes bien différentes des caries de l'émail :

La carie brune ou noire ;

La carie blanche, crayeuse.

A. *La carie brune ou noire.* — Si on fait des colorations soit avec le bleu de méthylène, soit avec le bleu d'Unna, soit avec la fuchsine, soit avec le violet de gentiane, soit avec le Ziehl, soit avec le gram, on peut reconnaître trois stades dans l'altération.

a) *Altération de la cuticule de l'émail.* — Lorsque la carie est au début (points de carie) la cuticule apparaît détachée au point lésé ; elle est épaissie, gonflée ; d'autres fois elle est segmentée, cassée ; elle est presque toujours envahie par des amas microbiens.

Elle finit par ne plus être reconnaissable.

b) *Décalcification incomplète des prismes de l'émail.* — Les colonies microbiennes s'insinuent autour des prismes de l'émail, de proche en proche ; les prismes apparaissent striés en travers, comme au début de la décalcification artificielle.

Il ne tarde pas à se produire, dans les prismes, un morcellement de la substance calcaire ; ce qui leur donne un aspect granuleux.

On voit sur la figure 2 trois prismes sur lesquels est marquée la striation transversale ; autour d'eux sont des amas sombres qui ne sont autres que des masses d'agents microbiens.

La figure 3 représente une coupe transversale des prismes avec des amas entre quelques-uns d'entre eux.

Dès ce stade l'émail ne tarde pas à devenir pulvérulent ; c'est une décalcification incomplète. A l'œil nu, la zone ca-

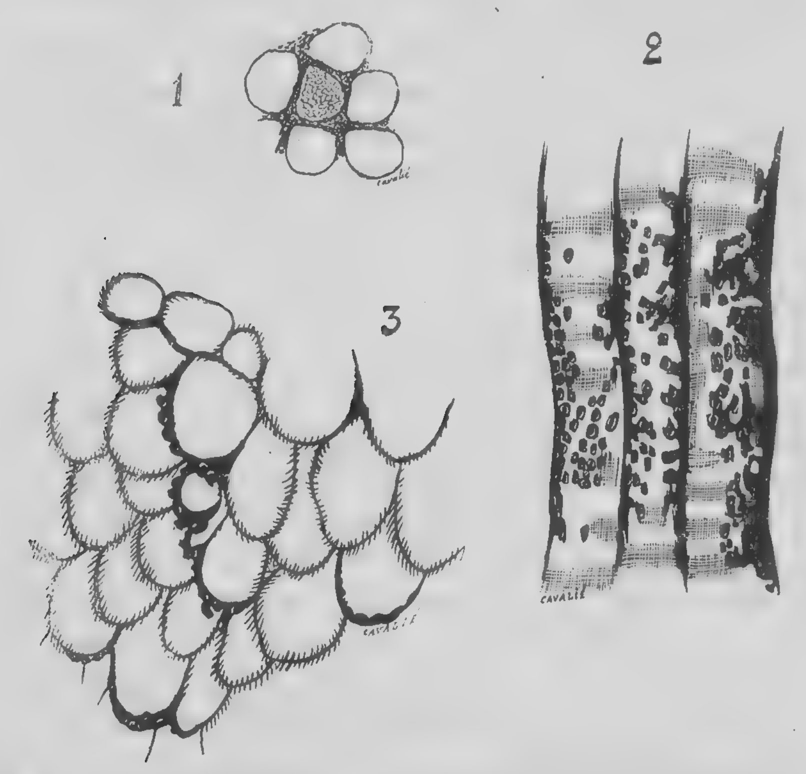


Fig. 1. — Coupe transversale de l'émail carié après décalcification. La substance interprismatique est épaissie, la substance calcaire des prismes est fondue, sauf dans l'intérieur d'un prisme où elle persiste ramollie.

Fig. 2. — Trois prismes de l'émail carié (coupes par usure) présentant la striation transversale (début de la décalcification par les agents chimiques et microbiens de la carie). Il y a entre les prismes des amas sombres (colonies microbiennes).

Fig. 3. — Coupe transversale de l'émail carié avec des amas entre les prismes.

riée a un aspect trouble, une coloration sombre qui varie du jaune au noir.

c) *Désintégration par morcellement de l'émail.* — Les prismes apparaissent ensuite disloqués, brisés ; le moindre mouvement les sépare du reste de l'émail, et il reste des espaces vides qui représentent le début de la cavité cariée.

Comme l'a fort bien indiqué Miller, il n'y a pas ici de liquéfaction telle qu'elle s'observe dans l'émail soumis à l'action des acides forts ou encore dans l'ivoire carié.

B. *Carie de l'émail blanche, crayeuse.* — La zone cariée a une couleur blanche qui, vue à la loupe, offre l'aspect de la réunion de petits grains calcaires.

La cuticule de l'émail a presque toujours disparu.

Les prismes sont disloqués, fragmentés.

La substance organique est très rare.

Il semble qu'il y ait là d'abord une décalcification par les acides ou par un trouble obscur de l'état général.

Ce n'est que secondairement que pénètrent les colonies microbiennes pour continuer le travail destructeur.

La conclusion qui se dégage de ces quelques faits d'observation est la suivante :

L'émail est attaqué soit par des colonies microbiennes, soit à la fois par des substances acides et par des colonies microbiennes.

Le tissu, lui-même, assiste passif comme une dent morte, à son envahissement et à sa destruction.

(*A suivre.*)

INCISIVE PERMANENTE TRAUMATISÉE DANS LE MAXILLAIRE A l'AGE DE 2 ANS

(Communication au Congrès de l'A. F. A. S. Lyon, août 1906.)

Par L. FREY,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

En octobre dernier, un de mes amis m'amenait son petit garçon âgé de 6 ans, souffrant atrocement depuis plusieurs jours d'un abcès alvéolaire au niveau de l'incisive médiane permanente inférieure gauche.

A l'ouverture de la bouche, je fus frappé par la présence en pleine masse gingivale enflammée d'une incisive médiane inférieure gauche très branlante présentant une inclinaison en bas et en avant comme si la racine avait été refoulée par le pus en arrière.

J'enlevai la dent sans difficulté, mais je constatai avec étonnement que, malgré l'inclinaison en avant, je dus faire mon extraction non pas de bas en haut et d'arrière en avant dans le sens de la couronne inclinée, mais directement de bas en haut.

Avant de vous décrire la dent ainsi retirée, permettez-moi de vous raconter en deux mots son histoire clinique.

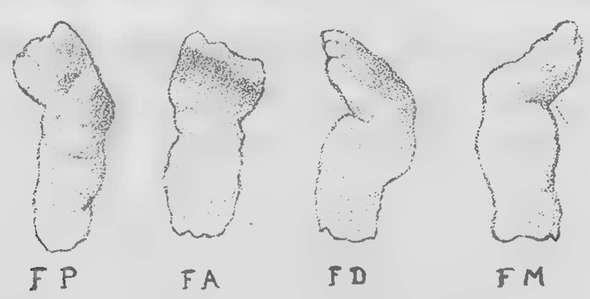
Notre enfant a 6 ans, mais à l'âge de 2 ans il reçut un coup violent sur la mâchoire. L'incisive de lait médiane inférieure gauche fut luxée ; le père, qui est médecin, remit cette dent en place ; celle-ci se reconsolida et tomba normalement quand l'enfant eut 5 ans.

L'incisive de remplacement poussa avec une inclinaison et une rotation telle que sa face antérieure regardait en bas et en dedans et sa face postérieure en haut et en dehors.

L'enfant n'en fut d'abord pas gêné, mais quand le bord médian de la couronne vint par son extrémité antérieure et supérieure s'articuler en porte-à-faux avec l'incisive du haut, il y eut à plusieurs reprises des poussées de périostite, jusqu'au moment de l'inflammation aiguë qui nécessita mon intervention.

La pièce est fort curieuse, je la crois unique et voici comment je reconstitue la filiation des phénomènes :

A 2 ans l'incisive permanente avait calcifié la moitié supérieure de son capuchon coronaire, ce qui est normal. Survint le traumatisme. Celui-ci produisit une solution de



continuité entre la portion déjà dure de la dent et celle qui était encore molle.

La première sous l'influence du coup s'était inclinée en avant, la deuxième restait dans sa direction normale.

A ce moment la calcification s'est arrêtée, j'en ai pour preuve la ligne de séparation qui existe en avant et l'érosion qui existe en arrière ; puis, quand les phénomènes inflammatoires de la luxation de la dent de lait furent calmés, la calcification reprit, s'exagérant en dedans et en arrière au niveau de la plus large béance du trait de fracture (Voyez cette hypertrophie calcaire à ce niveau). Elle se poursuivit ensuite normalement, mais avec des hésitations fréquemment répétées, que caractérisent les rides nombreuses ou périkématies de la partie inférieure de la couronne sur sa face antérieure.

Il est évident que dans de pareilles conditions la pulpe devait être dans un état de moindre vitalité ; dès que le trouble articulaire fut manifeste, cette pulpe mourut et l'infection consécutive produisit les accidents aigus auxquels je dus remédier.

Donc, vous le voyez, cette dent par l'inclinaison de la moitié supérieure de sa couronne, sa prolifération calcaire en arrière, son trait de solution de continuité en avant, ses périkématies, sa mortification pulpaire prématurée, porte inscrite sur elle la plus grande partie de l'histoire que je viens de vous raconter. Elle porte avec elle son « casier sanitaire », suivant l'expression du D[r] Capdepont.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

ETUDE SUR LES CIMENTS-PORCELAINE

Nous avons reçu au sujet de cet article dû à MM. Pont et Bimes, que nous avons publié dans le numéro du 30 novembre 1906, la note suivante de notre confrère O. Nolda, de Hambourg.

Vous vous rappelez sans doute le plombage perfectionné d'Ascher, dont je vous ai parlé l'année dernière. Mes succès sont toujours admirables, sans exception. En France on paraît avoir complètement méconnu l'emploi de ce plombage ; autrement un article comme celui de MM. A. Pont et H. Bimes, de Lyon, publié dans *L'Odontologie* du 30 novembre 1906, ne serait pas possible. On oublie qu'en donnant le dernier coup de spatule, après avoir introduit le ciment dans la cavité, il faut vaseliner légèrement cette spatule, ce qui donne tout de suite une surface lisse et nette à l'obturation comme aux bords. Après avoir introduit le ciment, il faut bien le presser et le fouler soigneusement avec les intruments sans vaseline ou prendre à la fin une spatule assez large, vaselinée, en la ballottant fortement sur l'obturation, en la poussant vers les bords, le ciment paraîtra couler sous la spatule et montrera des bords parfaits et une surface parfaite. Cette phase est la principale de toute la manipulation. On mettra un vernis et après 10 à 12 minutes on pourra limer et polir sans danger, mais toujours avec des instruments, limes ou papier, et de la vaseline, ce qui est capital. J'ajoute que j'emploie ce ciment à la consistance ordinaire, pas plus mou et pas plus épais et j'ai toujours les meilleurs résultats. Après trois ans mes obturations sont comme au premier jour et plus belles que les meilleurs inlays. Il est intéressant de noter que ce ciment, qui tient fort bien dans la bouche, ne tient absolument pas hors de la bouche. Un hasard me l'apprit : j'avais fixé à ma chaîne de montre une petite dent de lait de ma plus jeune fillette. Comme cette dent avait une carie, je l'avais obturée hors de la bouche avec le ciment Ascher. Trois semaines après, cette obturation paraissait creusée et quelques semaines plus tard il n'y avait presque plus rien. Je pensai d'abord au frottement de la chaîne et je fis la preuve avec une autre dent que je mis dans un tiroir. Cette obturation se décomposa tout comme l'autre, chose assez bizarre, n'est-ce pas ? Je n'ai aucun intérêt à recommander le ciment Ascher ni un autre ciment, mais je considère qu'il est de mon devoir de vous signaler ce produit.

O. NOLDA, D. E. D. P.,
Chirurgien-dentiste de la Faculté de Nancy.

REVUE ANALYTIQUE

Deux nouvelles méthodes de fixation pour les reconstitutions de contour en porcelaine. — Trois exemples de redressement d'incisives chez de jeunes sujets par une méthode simple. — L'abrasion mécanique chez les ouvriers employés au travail du caoutchouc. — Note sur l'énucléation des gros kystes des mâchoires. — Importance de l'examen de la bouche dans les cas de syphilis douteuse.

Deux nouvelles méthodes de fixation pour les reconstitutions de contour en porcelaine.

L'auteur a principalement en vue la reconstitution de contour dans les dents antérieures à pulpe vivante, dans lesquelles les moyens ordinaires, pivot métallique ou rainures de rétention, ne sauraient être de mise, en raison de la perte de substance qui est forcément considérable sans amener une sécurité suffisante. D'autre part, la fixation d'un bloc, à l'aide de crampons cuits dans la pâte et destinés à pénétrer dans de petits trous pratiqués dans la dentine, constitue un procédé d'une réalisation difficile à cause de la contraction de la porcelaine qui détruit le parallélisme des crampons.

Le premier de ces moyens est spécialement applicable : 1° lorsque la cavité dans laquelle la porcelaine doit venir se fixer est très peu profonde ; 2° lorsque la dent est mince et l'angle incisif faible ; 3° dans les cas où il s'agit plutôt d'une fracture longitudinale ou oblique.

La première méthode consiste à fixer, au moyen de ciment, contre la face palatine de la dent, à l'aide de deux petits crampons, une plaquette de métal rétablissant le contour exact de la face palatine avant la perte de substance ; de cette manière, on arrive à reproduire la paroi postérieure manquante de la cavité et à protéger entièrement l'incrustation de porcelaine contre la pression d'arrière en avant qui, pendant la mastication, tend à la déloger.

En creusant légèrement la cavité, et en préparant au bord central une assise plane, on a un moyen de rétention absolument sûr, même dans les cas où, pour ainsi dire, il n'y a pas de cavité.

Voici comment l'on devra procéder dans le cas, par exemple, d'une cavité mésiale étendue d'une incisive centrale.

On rétablit le contour, au moyen de stent ou de gutta-percha, puis on prend une empreinte en plâtre de la face linguale de la dent et de ses voisines. Sur un modèle en métal fusible, on estampe une plaquette de platine iridié à 20 °/₀, de un dixième de millimètre d'épaisseur, recouvrant entièrement la face palatine et dépassant le bord de la cavité jusqu'à ce qu'elle vienne toucher la dent contiguë.

On fore ensuite à la face palatine de la dent deux trous de 1 ^{mm} de section et de 2 ^{mm} de profondeur, en s'efforçant d'en réaliser le parallélisme.

Après renforcement, la plaquette, revêtue d'une mince couche de cire, est pressée en place, ce qui laisse dans la cire l'empreinte des

trous ; on repère ainsi exactement la place des orifices à percer dans la plaquette pour recevoir les crampons. Une fois ces trous forés, on passe au travers deux morceaux de fil de platine iridié à 20 °/₀, préalablement taraudés. Une goutte de cire résineuse maintiendra dans leur position les pivots dans les trous de la plaquette. On retire alors soigneusement le tout, on soude et on coupe l'excédent de longueur des crampons.

Dans la pratique, il vaut mieux d'abord souder un pivot, puis fixer l'autre en se servant du premier comme guide.

La plaquette est renforcée, naturellement autant que le permet l'articulation, puis fixée en position. Il ne reste plus qu'à procéder au finissage et au polissage des bords de la cavité, qui se présente ainsi dans des conditions excellentes pour la mise en œuvre des moyens classiques de rétention.

Le deuxième procédé décrit par M. Guye est surtout réservé aux cas où il existe une cavité d'une certaine profondeur dans une dent vivante, mais où les dimensions de l'inlay sont trop considérables pour que les moyens ordinaires assurent une rétention suffisante : on fait, au moyen de platine de 4 à 6 centièmes de millimètre d'épaisseur, une matrice de la cavité, en laissant déborder cette matrice seulement à la partie palatine, et cela de 1 mm à 1 mm 1/2 environ ; le bord labial de la cavité ne devra pas être recouvert par la feuille de métal, qui devra, au contraire, rester d'au moins 1 mm 1/2 en dedans de ce bord. On prépare une plaquette en platine iridié à 20 °/₀ qu'on découpe très exactement et qu'on ajuste contre le bord palatin de la matrice, rétablissant ainsi une paroi palatine artificielle ; puis les deux pièces sont mises en revêtement et soudées ensemble ; on présente en position cette petite matrice ainsi complétée, on l'ajuste plus exactement, on la répare et on la renforce ; puis, dans le bord cervical de la cavité, on perce un petit trou dirigé en haut, qui recevra un pivot de platine identique à ceux mentionnés dans le procédé précédent. Il est indispensable de souder d'abord ce pivot à la matrice (on peut d'ailleurs remplacer ce pivot par une rainure profonde creusée dans le bord cervical) ; on fait ensuite près de l'angle incisif de la cavité et à travers la matrice un deuxième petit trou dirigé en bas et l'on prépare un crampon de platine taraudé et muni d'une tête qui s'appuiera à l'intérieur de la matrice ; ce pivot (indépendant et non soudé au reste) servira à claveter le tout en position ; on fixe alors, au moyen de ciment, cette sorte de cage et, pendant que le ciment est encore mou, on force en place le pivot séparé, qui vient empêcher la matrice de sortir de sa position, grâce à la divergence des deux crampons ; après quoi, on se trouve, comme dans le cas précédent, en présence d'une cavité de forme très simple.

L'auteur ajoute qu'à l'aide de ces deux procédés il a obtenu d'excellents résultats, non seulement au point de vue de la durée, mais aussi au point de vue de la teinte des obturations.

(P. Guye, *Revue trimestrielle Suisse d'odontologie et Laboratoire*, 16 décembre 1906.)

H. D.

Trois exemples de redressement d'incisives chez de jeunes sujets par une méthode simple.

Dans les cas signalés par M. Rippon, et rencontrés assez fréquemment par tous les praticiens, les incisives supérieures permanentes sont en arrière des incisives inférieures. La méthode de l'auteur consiste à créer pour ces incisives inférieures une irrégularité temporaire en les tirant en dedans des incisives supérieures au moyen d'un anneau de caoutchouc découpé dans un morceau de digue. Cet anneau est fixé sur les molaires de lait de chaque côté de la bouche, et on le fait passer sur la partie labiale des dents inférieures correspondant aux incisives supérieures dont il s'agit de rectifier la position.

En 48 heures, les incisives inférieures sont ramenées en dedans des supérieures ; dès que le caoutchouc est retiré elles tendent à reprendre leur position, en entraînant les incisives supérieures.

D'après l'auteur, il n'est nullement besoin d'un appareil pour surélever l'articulation ; instinctivement le patient surélève lui-même l'articulation au moment de l'occlusion, en effet, éprouvant une gêne, il cherche à l'éviter en portant l'arcade inférieure en arrière de sa position normale.

(Ch. Rippon, *Laboratoire,* 13 janvier 1907, p. 18.)
H. D.

L'abrasion mécanique chez les ouvriers employés au travail du caoutchouc.

L'auteur décrit un cas très curieux d'abrasion mécanique d'étiologie assez particulière. C'est un cas typique : des incisives supérieures et inférieures, il ne reste que des fragments qui s'engrènent quand le patient ferme la bouche ; d'ailleurs il mord presque sur ses gencives qui sont très enflammées. L'auteur, frappé de l'étendue de l'abrasion et ne trouvant pas de raison suffisante pour l'expliquer, interrogea alors le patient sur la profession qu'il exerçait et apprit à ce propos que, confectionnant des objets en caoutchouc, il avait l'habitude de mâchonner des débris de caoutchouc. Le malade ajouta que la plupart des ouvriers travaillant le caoutchouc seraient dans le même cas.

Si les dires de ce malade peuvent être contrôlés, il sera intéressant de vérifier si cette habitude de mâchonner du caoutchouc est capable d'occasionner, à la longue, une abrasion aussi importante que dans le cas relaté.

(Prudhomme, *Laboratoire,* 8 janvier 1907.)
H. D.

Note sur l'énucléation des gros kystes des mâchoires.

A tous les procédés opératoires généralement adoptés pour le traitement des gros kystes des mâchoires — ouverture suivie ou non de drainage ou de tamponnement, râclage et curettage de la paroi, applications de liquides modificateurs, cautérisation ignée — à tous ces procédés, M. Rodier préfère l'énucléation de la poche kystique.

Celle-ci comprend plusieurs temps : a) anesthésie locale, toujours suf-

fisante. Quelques piqûres de cocaïne, eucaïne et adrénaline sont faites sous la voûte palatine, sur le rebord gingival, et sous la muqueuse qui recouvre la tumeur, cette dernière ne devant toutefois pas être perforée.

b) Incision double, en potence, sur toute la hauteur du kyste ; l'incision est faite prudemment, jusqu'au moment où l'on arrive sur la poche fibreuse, violacée et plus dure que les tissus superficiels.

c) Le lambeau étant écarté, on commence la *décortication* en évitant la perforation du kyste ; des instruments mousses sont nécessaires (l'extrémité recourbée d'une spatule à ciment garnie de coton hydrophile constitue un instrument parfait pour cet usage). Le petit tampon ainsi formé est foulé entre la paroi et le kyste, et promené le plus loin possible en circonscrivant la tumeur.

Facile en avant, l'énucléation est plus laborieuse dans la profondeur. C'est presque toujours au niveau du rebord alvéolaire que la poche se rompt ; avec une pince à forcipressure, on l'attire au dehors, et on finit de rompre les adhérences avec la spatule.

Si les débris radiculaires n'ont pas été énucléés avec la tumeur, on juge à ce moment s'il faut les extraire ou les conserver.

Le pansement consiste simplement en un savonnage de la cavité avec un tampon d'ouate, une irrigation à l'eau bouillie, et un badigeonnage à la teinture d'iode fraîche. Comme soins consécutifs, plusieurs savonnages dans la journée. Le bourgeonnement, qui commence au bout de quelques jours, est suivi en quelques semaines, d'une guérison complète, obtenue sans pansements.

(H. Rodier, *Revue de Stomatologie*, janvier 1907, p. 19.)

H. D.

Importance de l'examen de la bouche dans les cas de syphilis douteuse.

Dans presque tous les cas où l'on est embarrassé pour savoir si une affection peut être considérée comme d'origine syphilitique, c'est l'examen de la bouche qui vient fixer le diagnostic ; presque toujours c'est dans la bouche que se trouve la signature de la syphilis : plaques muqueuses, glossite dépapillante, leucoplasie, glossite scléreuse superficielle, telles sont les plus fréquentes manifestations buccales de la vérole.

Cependant l'examen doit être pratiqué méthodiquement ; l'examen direct est insuffisant, car l'aspect brillant que l'enduit salivaire donne à la muqueuse suffit à masquer une lésion importante ; il faut donc sécher la muqueuse, en la touchant légèrement avec un linge ; on verra facilement, de cette façon, la moindre différence de teinte, le plus imperceptible début de sclérose.

(L. M. Pautrier. *Presse Médicale*, 12 janvier 1907, p. 28.)

H. D.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Enlèvement des rubans de redressement. — Pour enlever des rubans de redressement, les prendre avec une pince et serrer fortement en secouant, en répétant le mouvement tout autour de la dent si possible. Cela rend le ciment plus lâche et élargit même le ruban, ce qui permet de l'enlever aisément (*Dental Review.*)

Couronnes. — Après bien des essais M. Hamilton est arrivé à la conclusion que, seule, la couronne Richmond avec ruban de platine et sommet en porcelaine solide possède les qualités de beauté, de force et de durée. Les gencives tolèrent bien les rubans et les ponts de platine ; elles ne se contractent pas et conservent une propreté et une couleur parfaites.

La méthode de M. Hamilton est la suivante : il prépare la racine comme pour une couronne Richmond, 'mais la laisse plus petite, y adapte un ruban de cuivre, confectionne alors une coiffe de platine sans soudure et l'ajuste à la racine. Habituellement il met un pivot à vis dans la racine en forant un trou dans la coiffe et en y soudant un tube de platine très mince au travers duquel le pivot passe quand il est enchâssé. La dent est sculptée et garnie d'un arrière sur sa base et fixée ordinairement avec de la gutta (*International dental journal*).

Dentine sensible. — On obtient de bons résultats en mettant dans la cavité quelques cristaux de menthol avec une goutte ou deux d'alcool absolu pour les dissoudre et en projetant, pour dessécher, un petit jet d'air comprimé (*Dental Register*).

Durcissement et protection des moulages en plâtre. — Plonger le moulage dans un pot de cire d'abeilles bouillante jusqu'à saturation complète. La cire pénètre dans le plâtre, le durcit et le rend réfractaire à l'humidité. (*International Dental Journal.*)

Inlay d'or rapidement fait. — Après avoir ajusté une bonne matrice la remplir d'or mousse et enlever la masse en coulant de la soudure sur l'or. Replacer le travail dans la cavité ajustée aux bords avec des fouloirs et ajouter davantage de soudure au contour. (*North-Western Dental Journal.*)

Mélange du ciment. — Les sécrétions buccales fortement alcalines peuvent dissoudre les meilleurs ciments ; des produits fermentés peuvent aussi les désagréger ; mais la comparaison des résultats donnés par les diverses manières de manipuler le ciment prouve qu'en général le dentiste ne mélange pas convenablement le ciment. (*Dental Register.*)

Préparation des cavités difficiles pour les inlays. — Quelquefois on rencontre des molaires et des bicuspides si brisées et si cariées sous la gencive que la préparation de la cavité exige le sacrifice d'une portion de la dent. On peut remédier à cet inconvénient comme suit.

Préparer la cavité comme pour une obturation à l'amalgame, la stériliser et la sécher. Mélanger le ciment à la consistance du mastic. Mettre ensuite du ciment crémeux dans la cavité et chasser par l'amalgame tout ce qu'il est possible d'enlever.

Nettoyer les bords, presser le mercure de l'amalgame resté dans la main, mettre l'amalgame sec dans la cavité de façon à enlever l'excès de mercure de l'amalgame mou introduit. Quand le patient revient, polir l'amalgame, couper tout ce qu'on voit de l'obturation et remplir avec de la porcelaine.

Beaucoup de ces obturations existent depuis quatre ou cinq ans.

Cette méthode est précieuse pour les bicuspides, dont les cavités mésiales et distales se rencontrent et divisent les deux pointes. Obturer avec de la porcelaine à la manière ordinaire n'est pas toujours possible en raison de la difficulté d'avoir un point de rétention latéralement. Pour faire ces deux obturations comme une seule, il faut sacrifier beaucoup de la substance de la dent, si l'on veut obtenir des parois parallèles ; mais si elles sont obturées tout d'abord comme une seule cavité avec de l'amalgame par la méthode décrite, la cavité destinée à la porcelaine peut s'étendre mésialement et distalement de manière à couvrir tout l'amalgame visible et présenter cependant une cavité très propice à la formation de la matrice. (*Dental Cosmos.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance extraordinaire du 20 novembre 1906.

PRÉSIDENCE DE M. TOUVET-FANTON.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Jeay qui s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion et adresse ses hommages à M. le professeur Miller.

Le président. — Nous avons la bonne fortune d'avoir parmi nous M. le professeur Miller, directeur de l'École dentaire de Berlin, qui, se rendant aux États-Unis où il vient d'être nommé doyen de l'Université de Michigan, se trouve de passage à Paris. M. Miller a bien voulu accepter de nous faire l'honneur, malgré le court séjour qu'il fait dans notre ville, de nous exposer ses expériences et ses observations sur l'*Érosion des dents.* Au nom de la Société d'Odontologie, je le remercie bien vivement.

M. le prof. Miller fait une conférence, publiée p. 49.

DISCUSSION.

M. Frey. — Je demanderai à M. Miller son opinion au sujet des rapports qui existent entre l'arthritisme et l'érosion chimique ?

M. Miller. — D'après mes observations je ne crois pas qu'il existe entre l'érosion dentaire et l'arthritisme une relation aussi constante qu'on l'a dit. Il est possible qu'il existe des érosions dentaires imputables à l'arthritisme, mais je n'en ai pas encore rencontré.

M. Roy. — Je signalerai à M. Miller une forme assez particulière d'érosion qu'il m'a été donné d'observer chez deux de mes malades. C'est une érosion de forme irrégulière, siégeant sur la partie médiane de la face antérieure des incisives centrales supérieures, très nettement distante du collet, mais présentant exactement les caractères de surface brillante et polie des érosions ordinaires du collet. Chez la fille de l'une de ces malades j'ai pu noter l'évolution de lésions analogues sur les incisives centrales supérieures près du bord libre. Pour expliquer le développement de ces lésions en ces endroits, même en admettant entièrement la théorie invoquée par M. Miller, je me demande s'il n'y aurait pas, dans ces dents, une disposition anormale des prismes de l'émail qui rendrait ceux-ci moins résistants à l'usure dans les régions altérées.

M. Touchard. — A propos de l'action de l'eau oxygénée sur les dents, je pense que M. Miller n'accuse pas ce médicament d'exercer

une action sur l'émail, mais qu'il incrimine les acides qu'il peut renfermer par suite d'une fabrication défectueuse. Si je fais cette réflexion, c'est parce je recommande souvent l'eau oxygénée pour pratiquer des lavages buccaux.

M. Frey. — Au Congrès de Lyon, il y a quelques mois de cela, un de nos confrères, M. Cavalié, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, a insisté sur la différenciation qu'il fallait faire entre les deux tissus : l'ivoire et l'émail, relativement à la carie des dents. L'émail et l'ivoire ont chacun une pathologie qui leur est propre. Les expériences de M. Miller nous montrent que, — dans ce que nous appelons en France l'érosion chimique — il faut différencier aussi et nettement l'émail et l'ivoire. C'est un fait qui fut entrevu autrefois par Magitot lorsqu'il fit sa classification des substances attaquant les dents selon que l'action s'exerçait à la fois sur ces deux tissus ou seulement sur l'un d'eux.

A propos de l'ivoire, M. Miller envisage non seulement l'action des agents chimiques sur les globules calcaires, mais encore leur action sur la gangue organique qui retient ces globules. Pour ce qui est de la partie organique, M. Miller nous a parlé de l'action des alcaloïdes et aussi de celle de l'eau oxygénée. Je me demande — et c'est pour cela que je tiens à lui poser cette question — si l'arthritisme ne pourrait pas non plus être incriminé à juste titre. Tandis qu'en France nous nous attardons parfois un peu dans des grandes questions de pathologie générale, peut-être qu'en Amérique on est trop conduit, par une tendance opposée, à ne considérer dans une question d'étiologie que les influences purement locales.

Pour ce qui est des troubles qui atteignent la gangue organique et qui permettent aux globules calcaires de la dentine de se désagréger sous une influence mécanique, je me demande s'il n'y aurait pas là un trouble trophique atteignant la gangue organique de l'ivoire au même titre que ces troubles trophiques des ongles, des cheveux, de la peau, que l'on observe chez les arthritiques. Je rappelle à cet égard les travaux de Znamensky que j'ai cités dans mon mémoire du Congrès International de 1900.

Au sujet des ongles par exemple, il existe une cannelure spéciale sur laquelle insistait Lancereaux.

J'admire beaucoup les expériences de M. Miller qui éclairent d'une façon précise une partie de cette importante question et nous montrent les différences profondes qui séparent les réactions de l'émail de celles de l'ivoire.

Je me permettrai en terminant d'insister de nouveau sur les phénomènes trophiques qui peuvent intéresser l'ivoire et d'attirer l'attention de M. Miller sur ce point.

M. Miller. — Je répondrai à M. Roy qu'il est toujours difficile de

donner une explication pour un cas clinique — quel qu'il soit — lorsqu'on ne l'a pas vu. Il est possible que dans le cas en question il y ait un défaut de l'émail, je le crois bien aussi.

A l'observation de M. Touchard au sujet de l'eau oxygénée, je répondrai que c'est l'oxygène qui produit les effets que j'ai signalés en oxydant les matières organiques et non les acides contenus dans un produit impur. Je n'ai pas constaté que l'eau oxygénée ait un effet quelconque sur l'émail et je crois qu'on peut l'employer comme eau dentifrice sans inconvénient.

Je vous suis très reconnaissant des questions qui m'ont été posées et je remercie spécialement M. Frey des observations qu'il m'a exposées au sujet des rapports de l'arthritisme et de l'érosion dentaire.

Lorsque je serai rentré à Berlin je donnerai toute mon attention à ce côté de la question de l'érosion.

M. le président. — Je remercie M. le professeur Miller au nom de la Société d'Odontologie et je crois être l'interprète des sociétés américaines qui ont bien voulu nous honorer de leur présence ce soir, en joignant leurs remerciements aux nôtres. M. Frey a exprimé tout à l'heure toutes les félicitations que j'aurais pu adresser moi-même, je ne puis donc que les renouveler.

En ce qui concerne spécialement la Société d'Odontologie je vous demanderai de bien vouloir voter à mains levées la nomination de M. le professeur Miller comme membre honoraire de la Société d'Odontologie de Paris. (*Adopté à l'unanimité.*)

Le président, au milieu des applaudissements, remet à M. Miller la médaille de la Société d'Odontologie.

M. Godon. — Voulez-vous me permettre d'ajouter un mot pour vous faire remarquer que, l'École dentaire de Paris étant intimement liée à la Société d'Odontologie, je tiens à joindre les félicitations de l'École dentaire de Paris à celles de la Société d'Odontologie.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
GEORGES LEMERLE.

AMERICAN DENTAL CLUB OF PARIS

Séance de décembre.

La séance de décembre a eu lieu chez M. Hotz en présence d'un nombre inaccoutumé de confrères, parmi lesquels plusieurs praticiens français et étrangers.

Le nouveau président, *M. Robinson*, après une courte allocution, fait appel à M. Roussel pour ouvrir la discussion sur les gold-inlays.

M. Roussel, à l'aide de nombreux modèles d'une exécution parfaite, a exposé tout d'abord sa manière de faire des incrustations

d'or : On prend une empreinte de la cavité (soigneusement préparée en dépouille) avec une feuille de platine. Celle-ci rigoureusement brunie contre toutes les parois de la dent doit être remplie de cire pour former le futur inlay. Cette matrice est mise dans du plâtre mélangé de sable fin ; la cire est retirée à l'aide d'eau bouillante et le trou laissé par la cire est rempli avec des parcelles d'or fin fondues avec le chalumeau. Ceci laisse un lingot extrêmement net, qui n'a plus qu'à être tassé dans la dent — après articulation — comme une porcelaine.

Cette méthode si simple et si précise a été très applaudie par l'assistance. Mais *M. Solbrig*, en prenant la parole, est d'avis que l'on peut procéder d'une manière encore plus précise. Sa méthode s'inspire du procédé du Dr Ollendorf pour construire des bridges par la fonte.

M. Solbrig prend l'empreinte de la cavité avec l'or n° 30 ou 40. Il remplit également le trou avec de la cire qu'il ajuste soigneusement contre la dent voisine et sur laquelle il fait mordre.

L'empreinte avec la cire (qui maintenant doit présenter exactement le futur inlay) est mise dans du plâtre mélangé de sable, mais après avoir au préalable ajusté sur le côté un bout de cire. Ce bout de cire (en forme de tige) doit émerger légèrement du plâtre de manière à laisser un canal d'accès une fois la cire brûlée. M. Solbrig fait fondre des pièces de 10 ou 20 fr. et laisse couler l'or fondu par le canal. La pièce refroidie, il enlève la tige avec une vrille et obient un bloc qui non seulement s'adaptera parfaitement, mais qui possède l'avantage, sur celui de M. Roussel, d'avoir l'articulation nette et exacte. L'exposé de cette méthode a eu l'approbation des membres à qui le président s'adresse pour une discussion détaillée.

C'est *M. Burt* qui ouvre les débats pour approuver l'idée de M. Solbrig, suivi par *MM. Wetsel, Younger* et *M. Davenport*. Ce dernier est d'avis qu'une empreinte avec la cire seule devrait suffire.

M. Darcissac expose sa manière de procéder dans des cavités approximales fragiles sur les bords. Il prend une empreinte avec l'or n° 6, le retire et le renfonce en soudant dessus des limailles de platine ; ensuite après avoir coupé tout le surplus aux contours, il soude à l'intérieur une sorte de griffe et cet inlay creux, il le fait tenir dans la cavité avec du ciment et complète l'obturation avec de l'or comme une aurification ordinaire à la séance suivante.

La discussion générale de ces divers procédés ouverte par *M. Da Silva* dévie un peu sur la question de savoir si en principe un inlay, soit en métal soit en platine, peut jamais prendre la place d'une vraie aurification.

MM. Burt, Younger, Brigiotti, Holz, Hirschfeld, M. Davenport continuent la discussion qui peut se résumer en un mot prononcé par le Dr Jenkins à la dernière séance de l'American Dental society of Europe (rappelé par M. Roussel) : « Il ne faut pas se faire des illu-

» sions sur notre influence (des Américains) en ce qui regarde le » traitement des Européens. Jamais, au grand jamais, il ne nous » sera possible de plier leur caractère à nos idées américaines. »

M. Hirschfeld a la bonne fortune d'ajouter un point d'histoire: Il a rencontré en 1883 un praticien français, M. Dupuich, qui lui a fait voir à cette époque des gold-inlays faits exactement comme ceux de ce soir, malheureusement l'inventeur de cette nouvelle idée mourut peu après, ce qui a empêché de considérer cette méthode comme bien française!

Pour finir, le président fait voter des remerciements unanimes à M. Roussel pour ses efforts en vue de la généralisation de cette intéressante spécialité.

Séance de janvier.

La séance de janvier a eu lieu chez M. G. Ryan en présence d'une vingtaine de confrères, comprenant plusieurs invités comme MM. Choquet, Dr Jenkins, Platschick, Wheelan, Joannidès et Williams.

M. M. Davenport présente une observation intéressante au sujet des guttas temporaires. En enlevant des obturations provisoires il a été frappé par la netteté avec laquelle les parties obturées étaient reproduites. Se basant là-dessus il a employé la gutta (de Gilbert) pour prendre l'empreinte des racines à coiffer et trouve qu'avec aucune autre matière nous ne pouvons obtenir des résultats aussi parfaits.

M. Burt parle de ses expériences avec gold-inlays sur platine. Il a observé que la feuille de platine s'est régulièrement fondue en versant l'or dessus.

M. Platschick croit que c'est à cause d'une température par trop élevée de l'or que ce phénomène se produit.

M. Williams est du même avis et conseille de remplir la matière avec des parcelles d'or à 20 carats que l'on fait fondre par le chalumeau au fur et à mesure.

M. Jenkins combat la possibilité de la fonte du platine, fait qu'il n'a jamais observé.

M. Choquet lit ensuite son travail sur la dent humaine dans les différentes races.

Le président adresse à l'auteur des plus vifs compliments et émet le vœu qu'un travail aussi remarquable soit entre les mains de tout praticien pour pouvoir l'étudier minutieusement.

MM. Younger, Jenkins, Hirschfeld, Da Silva prennent part à la discussion qui porte surtout sur le fait que le crâne humain, plus que toute autre partie du squelette humain, garde l'estampille de la nature pour la classification de l'homme.

Un vote de remerciements chaleureux et unanimes pour M. Choquet clot la séance.

Le Secrétaire-éditeur,
M. HIRSCHFELD.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Reims, août 1907.

Le prochain Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra à Reims au mois d'août 1907[1]. Il comprendra comme les précédents une section d'odontologie.

Les avantages professionnels et moraux des congrès ont été mis trop souvent en lumière pour qu'il soit besoin d'y revenir. Nous dirons simplement qu'ils sont une source d'enseignement mutuel d'où chacun peut tirer un profit incontestable. Il n'est pas nécessaire pour cela de présenter uniquement des travaux de longue haleine ayant un caractère scientifique très élevé : à côté de ces productions, qui honorent leur auteur et une profession, il y a place pour les procédés nouveaux, les méthodes originales, les inventions, les perfectionnements et même les simples modifications d'outillage. Tous ceux qui s'intéressent à la profession qu'ils exercent doivent tenir à honneur de faire part à leurs confrères du moindre progrès qu'ils ont réalisé. Il n'est pas de si petite amélioration qui ne mérite d'être signalée si elle constitue un pas en avant dans la voie du progrès.

Nous engageons donc tous nos confrères à prendre part au Congrès de Reims, dont on a bien voulu nous confier la présidence.

Cette belle ville à proximité de la capitale permettra à nos confrères parisiens de s'y rendre très facilement. Le voyage est court et n'est pas onéreux. Nos confrères de province pourront de même y aller très facilement, en raison de la rapidité des communications et des réductions accordées sur le tarif des chemins de fer.

Dès à présent nous ouvrons le registre d'inscription ; nous recevrons avec reconnaissance les adhésions que nos confrères voudront bien nous faire parvenir en nous faisant connaître en même temps s'ils ont l'intention de présenter des travaux : communications écrites, démonstrations pratiques ou simples présentations.

Bien que sept mois nous séparent encore de la réunion de Reims, il nous paraît bon de prévenir nos confrères et de faire appel dès maintenant à leurs bonnes dispositions pour assurer à ce congrès un succès égal à celui de ses devanciers.

Le président de la section d'Odontologie,
FRANCIS JEAN.

35, rue Tronchet, Paris.

---

1. Probablement du 1er au 6 août.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

LE 1er CONGRÈS DE STOMATOLOGIE DE PARIS ET LE CONGRÈS D'ODONTOLOGIE DE REIMS.

Odontologistes et Stomatologistes.

L'annonce d'un Congrès de Stomatologie, qui se doit tenir à Paris en août 1907, nous laissait assez indifférents. Depuis vingt ans nous sommes habitués à ces manifestations par lesquelles le petit groupe des stomatologistes veut donner l'impression qu'il est le nombre, la force et l'avenir.

Nous pensions que peut-être on allait donner à la Stomatologie toute son extension et faire une large place — assez logiquement d'ailleurs — à l'oto-rhino-laryngologie. Ainsi ce congrès scientifique, médical et fort peu dentaire, ne pouvait nous inquiéter et pouvait nous intéresser, surtout si des maîtres comme le Profr Sebileau y apportaient leur concours.

Ou bien on dénommerait « Congrès » une petite chambrée de médecins, un peu mieux fournie que les séances ordinaires de la Société de Stomatologie, et là on discuterait des choses de l'art dentaire qu'on n'a apprises ni dans les écoles, ni dans les laboratoires. Peut-être y ajouterait-on quelques glanes scientifiques d'ordre théorique : tel nous apparaissait ce Congrès, sur le dire d'amis un peu renseignés. Aussi nous nous préparions à suivre, de loin, les travaux de cette petite réunion à laquelle nous n'aurions pas eu à faire d'opposition, ni à formuler de réserves.

Mais la première pièce officielle : la circulaire qui annonce ce Congrès, vient de nous enlever nos illu-

sions. Un petit couplet au libéralisme, une aimable invite à « toutes les individualités importantes par leurs titres et leurs travaux » *(avis aux modestes!) ne peuvent à nos yeux qu'aggraver le danger et constituent un appel à la trahison adressé aux odontologistes. S'il s'était agi d'un Congrès purement scientifique, nous aurions déjà fait quelques réserves sur l'appui que donnaient à un Congrès stomatologique les amis de l'Odontologie. Mais ici il s'agit avant tout d'un Congrès de politique professionnelle, d'une manifestation stomatologiste, d'où doit sortir une organisation stomatologique internationale. Dès lors, seuls, les adversaires déterminés des odontologistes ont leur place marquée à ce Congrès.*

* * *

En effet, ce Congrès a été décidé en octobre 1906 par la Société de Stomatologie ; ce Congrès fête le 20e anniversaire de la fondation de cette Société et doit marquer « une date mémorable pour le progrès et l'avenir de notre spécialité ». *Il sera immédiatement suivi de la réunion de l'Association stomatologique internationale... qui* « s'occupera de la défense de nos intérêts professionnels ».

Ces extraits de la circulaire suffiraient à légitimer notre abstention. Mais le reste de la circulaire — sauf la phrase sur la science — est une déclaration de guerre sous la forme d'une déclaration de principes.

Nous citons :

« La Stomatologie, qui embrasse l'art dentaire ou Odontologie dans toutes ses parties, doit, pour prendre toute sa signification, y ajouter la connaissance scientifique et pratique de toutes les manifestations pathologiques de la cavité buccale, quelles qu'en soit l'origine et la nature. Cette connaissance nécessaire ne peut se concevoir qu'avec l'instruction médicale intégrale se traduisant non seulement

dans notre pays, mais presque dans le monde entier, par le titre de Docteur en médecine. On peut dire, en effet, que le *Doctorat en médecine* seul, aujourd'hui, commun pour tous, assure à chacun, dans toutes les spécialités, la valeur et la dignité du praticien et la sécurité du public. »

Cette partie de la circulaire manifeste admirablement le double caractère du clan stomatologiste : le masque scientifique, le mépris du chirurgien-dentiste.

Nous rappelons en face de ces prétentions et de ces dédains notre « Déclaration de Principes. »

« L'Odontologie est une science autonome » *et non pas un accessoire de la Stomatologie — spécialité jusqu'ici encore inexistante.*

« L'enseignement professionnel du dentiste... doit comprendre une instruction scientifique et médicale » ; *nous avons dit cela avant que ne soit né votre Congrès, MM. les Stomatologistes.*

Vous en concluez à la nécessité d'une instruction médicale intégrale. Notre expérience de 25 années d'enseignement nous permet d'affirmer que c'est une erreur, excusable d'ailleurs, puisque la plupart des Stomatologistes n'ont jamais su ce qu'était une École dentaire.

C'est pourquoi vous avez oublié l'essentiel « l'instruction technique et manuelle », dont nous disons dans cette même « déclaration de principes » : « L'art dentaire moderne exige des connaissances techniques diverses ; il nécessite notamment des manœuvres complexes empruntées aux arts mécaniques et qui font de la profession de dentiste une profession spéciale distincte de celle de médecin. »

C'est pour cela encore que, contrairement à vos affirmations, dans la pratique de l'art dentaire, le titre qui aujourd'hui assure le mieux la valeur du praticien et la sécurité du public est celui de chirurgien-dentiste.

*
* *

Je ne vous rappellerai pas les déclarations formelles de Paul Bert et de Brouardel, etc., sur la pseudo-valeur du doctorat en médecine, concernant notre profession. L'éminent doyen de la Faculté de Médecine de Paris, le Prof. Debove, vous en donne la raison en ces quelques mots : « ceux qui se destinent spécialement à votre profession doivent l'étudier d'emblée et de bonne heure. »

Voilà pourquoi nous sommes tentés de rire lorsque certains médecins, pour des raisons diverses, tard venus à l'art dentaire, vantent leur valeur et leur dignité de praticiens *et affirment que,* seuls, *ils assurent la sécurité du public.*

A ces observations de principes nous ajouterons notre surprise de voir les stomatologistes nier la valeur d'un titre légal créé par une loi qu'ils connaissent bien, et qui, en instituant le titre de chirurgien-dentiste, nous introduisait dans la famille médicale. Pour quoi créer ce titre spécial si le doctorat en médecine seul assure etc. ?...

Et puis quelle responsabilité est la vôtre, MM. les stomatologistes qui, examinateurs à la Faculté, décernez ce diplôme qui n'assure ni la valeur du praticien, ni la sécurité du public? Pourquoi collaborer à la création de chirurgiens-dentistes que vous dénoncez ensuite comme dangereux ? Votre dignité, *assurée par le doctorat, est sans doute compatible avec ce double geste que trouvent au moins étrange ceux qui n'ont qu'une* dignité *vulgaire et non doctorale.*

L'exagération de votre thèse n'est-elle pas mise en relief par l'attitude des Docteurs en médecine qui, très loyalement, acceptent nos déclarations et notre programme. Ils sont odontologistes, eux, parce qu'ils ont subi une éducation professionnelle complète et ont ainsi, par leur expérience, reconnu l'importance de la technique.

Des divergences se manifestent dans notre groupement, tels récemment les articles de MM. Sauvez et Loup; mais elles n'étonnent que ceux qui ne savent pas quelle large liberté subsiste chez nous, liberté qui permet à tous les éléments odontologiques de se manifester, quelle que soit leur origine. Et notre libéralisme qui accueille dentistes, chirurgiens-dentistes, docteurs en médecine, odontologistes, mécaniciens-dentistes, met en relief le vôtre qui renouvelle, diplôme de docteur en main, le « dignus es intrare... » que vous ne voulez pas laisser aux jours lointains de Molière.

Aussi nos amis qui, par surprise, avaient donné leur adhésion, en particulier le distingué professeur de notre École, le Dr Frey, président de la Société d'Odontologie de Paris en 1906 et président de la section de l'A. F. A. S. au Congrès de Lyon, ont compris que la note tendancieuse de la circulaire et l'esprit hostile de ce Congrès les mettaient dans l'obligation de désavouer la forme de votre manifestation.

En effet, sous la forme qu'il a adoptée, votre Congrès devient une machine de guerre, et, si nous n'y prenions garde, de déplorables résultats en pourraient sortir. Au point de vue social, ce serait le discrédit jeté sur notre profession à la fois au titre moral et au titre strictement professionnel. Au point de vue légal, ce serait le mépris jeté sur le titre créé par la loi de 1892 et naturellement l'effort fait pour l'abrogation de cette loi. Au point de vue professionnel, ce serait l'équivoque dans les idées, la perturbation dans les groupements, la désunion, et ces résultats ne toucheraient pas seulement la France, mais encore les autres pays.

Comprendra-t-on cette fois pourquoi, prévoyant ce danger, nous avons créé la F. D. N. et la F. D. I.? et combien l'indifférence relative qui a accueilli en France ces créations deviendrait dangereuse si nos confrères continuaient à s'en désintéresser et à laisser notre profession émiettée en face de l'organisation na-

tionale et internationale des stomatologistes? Je pense que cette crise nous sera salutaire en nous groupant mieux et plus nombreux dans nos Fédérations.

*
* *

Que devons-nous faire immédiatement?

Opposer congrès à congrès.

Une belle occasion s'offre à nous.

En 1900, grâce à la bonne hospitalité de l'A. F. A. S. et à l'amabilité de son distingué secrétaire général M. Gariel, nous avons créé dans cette Association une section d'Odontologie, qui affirme nettement nos principes. Depuis, cette section a fait ses preuves et à Ajaccio, Montauban, Angers, Grenoble, Cherbourg et Lyon son succès a été grandissant.

Cette année, c'est à Reims que se tiendra cette section sous la présidence d'un chirurgien-dentiste dont la valeur et la dignité *ne seront suspectées de personne. Technicien remarquable, aux mains habiles et au cerveau cultivé, vieux professeur de notre École, qui a toujours affirmé et défendu les principes odontologistes, M. Francis Jean dirigera nos débats, et si vous le voulez, ralliera autour de lui tous les odontologistes.*

Ainsi, si tous nos confrères comprennent leur devoir, nous opposerons une magnifique manifestation odontologique au Congrès provocateur des stomatologistes.

Pour cela, il faut que déjà un bel effort d'union se fasse entre nous tous.

Dans des réunions professionnelles récentes vous avez pu voir quel vif intérêt soulevaient les questions de notre profession, avec quelle ardeur, avec quelle passion, peut-être, on y bataillait.

Apporterions-nous moins d'énergie, moins d'ardeur à batailler contre nos adversaires communs, les sto-

matologistes, et à défendre contre eux le patrimoine des chirurgiens-dentistes ?

Les luttes entre nous, les polémiques et questions personnelles n'ont pas seules le privilège de nous attirer à une réunion. Et nous ne déserterons pas l'assemblée où il doit être traité des intérêts de notre profession tout entière, où les travaux scientifiques présentés montreront à nos détracteurs la valeur de nos praticiens et où nos délibérations pacifiques et fraternelles leur apprendront que la dignité n'a pas besoin d'un diplôme de docteur pour se manifester.

Remarquez que, à Reims, ce ne sont pas seulement les intérêts des odontologistes français, mais ceux des odontologistes étrangers, que nous défendons en même temps.

Ce double honneur et ce double devoir valent bien un effort de notre part. Laissons de côté nos polémiques irritantes, nos divisions, nos querelles de personnes et, animés d'une noble émulation, à côté du Congrès stomatologique de Paris, faisons de notre Congrès de Reims une superbe affirmation de nos principes, de notre savoir et de notre union, enfin reconquise, qui a permis nos progrès d'hier et nous assurera nos triomphes de demain !

Ch. Godon.

CORRESPONDANCE

ECOLE
et
DISPENSAIRE DENTAIRES
DE LYON

—

20, Quai de la Guillotière
Ci-devant rue Vaubécour, 32

—:—

Lyon, le 25 janvier 1907.

Monsieur le Directeur,

La malheureuse et surtout maladroite campagne de certains membres de l'Association générale des Dentistes de France contre l'École dentaire de Paris a eu une répercussion à l'École dentaire de Lyon.

Déplorant les manières et les paroles discourtoises introduites dans les discussions, par certain chef de groupe d'opposition, les membres du groupement de l'École dentaire de Lyon, réunis en assemblée générale le jeudi 24 janvier, ont adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

Les membres du groupement de l'École dentaire de Lyon, réunis en assemblée le 24 janvier 1907, considérant :

1° Qu'il existe un désaccord fâcheux pour la profession entre le groupement de l'École dentaire de Paris et certains membres de l'Association générale des Dentistes de France ;

2° Que certains confrères parisiens, peu satisfaits sans doute de voir la discorde limitée aux groupements de Paris, ont essayé de troubler l'union et la bonne harmonie qui règnent et ont toujours régné entre les membres du groupement de l'École dentaire de Lyon.

Déclarent :

1° Qu'ils tiennent à exprimer publiquement, par l'intermédiaire de *L'Odontologie*, combien ces incidents sont regrettables et combien ils peuvent nuire au progrès de notre profession ;

2° Qu'ils adressent aux membres du Conseil de direction de l'École dentaire de Paris leur adhésion pleine et entière à la déclaration Francis Jean, adoptée dans la séance du 27 décembre 1906.

Nous espérons que vous voudrez bien publier dans le plus prochain numéro de *L'Odontologie* le résultat de notre séance.

Dans cette attente, veuillez, je vous prie, agréer l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels,

Vu et approuvé :
Le directeur de l'École,
Dr GUILLOT.

Le secrétaire général,
VICHOT.

NÉCROLOGIE

LOUIS SÉNÉCHAL

Nous apprenons la mort de notre confrère Louis Sénéchal, ancien pharmacien, diplômé de l'École dentaire de Paris en 1901, préparateur de dentisterie opératoire, survenue à la fin du mois de décembre dernier après une longue et douloureuse maladie.

Il laisse une veuve et un enfant. Nous adressons à sa famille nos bien sincères condoléances.

*
* *

M. Décolland vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa mère.

Nous présentons à notre confrère et à sa famille nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Association générale des dentistes de France.

L'assemblée générale de l'Association a eu lieu le 20 janvier à 9 heures 1/2 du matin à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, sous la présidence de M. Delair.

150 membres environ étaient présents.

Après lecture de la correspondance et adoption du procès-verbal, il a été donné lecture du rapport du secrétaire général et du rapport du trésorier, qui ont été mis aux voix et approuvés.

Il a été procédé à l'élection de dix-huit membres du Conseil de direction. Comme on sait, le vote par correspondance était admis pour la première fois.

La séance a été alors suspendue à midi.

Elle a été reprise à 2 h. 1/2.

L'assemblée a adopté après amendement, un projet de création d'une caisse propre à l'Association présenté par M. Richer. Elle a adopté ensuite un projet de création d'une demi-bourse en faveur d'un mécanicien de province, un projet de remboursement des frais

de voyage des membres du Conseil habitant la province, projets présentés par M. Delair.

Le dépouillement du scrutin achevé, ont été proclamés élus membres du Conseil de direction pour deux ans, au premier tour :

Paris.		*Province.*	
MM. Blatter........	174 voix, élu	MM. Douzillé (Agen).	288 voix, élu
L. Lemerle....	174 —	Debray (St-Germ.-en-Laye).	286 —
Devoucoux.....	169 —	Pont (Lyon)....	167 —
Sauvez.........	169 —	Audy (Senlis)...	163 —
Viau..........	167 —		
Roy...........	166 —		

Ont obtenu en outre :

MM. G. Fouques...	145 voix.	MM. Lallement (Nevers).	142 voix.
Martinier.....	144 —	Château (Grenoble).	137 —
Rollin.......	143 —	Bouvet (Angers).	136 —
Jeay.........	140 —	Richer (Vernon).	134 —
Claser.......	139 —	Fléty (Dijon)...	124 —
Geoffroy......	136 —	Schwartz (Nîmes)..	118 —
Ronnet.......	126 —	Bonnaric (Lyon).	117 —
Bassot.......	120 —	etc., etc.	
Bonnard.....	117 —		
Duvivier.....	114 —		
Cramer, de Flaugergues, Moutin, Schuller, chacun 111 voix, etc., etc.			

Un deuxième tour de scrutin ayant été nécessaire, il y a été procédé.

Pendant le dépouillement M. Claser a été nommé président honoraire par acclamation.

Le 2[e] tour de scrutin a donné les résultats suivants :

Paris.		*Province.*	
MM. Martinier......	128 voix, élu	MM. Lallement (Nevers)	124 voix, élu
Claser.........	121 —	Cecconi (Pontoise).	121 —
G. Fouques....	117 —	Château (Grenoble).	119 —
Jeay..........	115 —	Richer (Vernon).	117 —
		Bouvet (Angers).	117 —

M. Richer est élu au bénéfice de l'âge.

Ont obtenu en outre :

MM. Rollin........	114 voix.	MM. Vichot (Lyon)...	113 voix.
Geoffroy.....	109 —	Devoucoux (Alençon)...	111 —
Ronnet.......	109 —	Fléty (Dijon)...	107 —
Bonnard......	103 —		

Le temps a fait défaut pour aborder l'examen des rapports à établir entre la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et l'Association. L'examen de cette question a été ajourné à une assemblée générale spéciale qui aura lieu fin mars ou au commencement d'avril.

La séance a été levée à 7 h. 1/4 du soir.

Exposition de Milan.

L'École dentaire de Paris vient d'obtenir une médaille d'or dans la section d'hygiène de l'Exposition de Milan.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M. Georges Tanguerey, chirurgien-dentiste, D. D. S. de Philadelphie, avec Mlle Suzanne Pillet, et le mariage de M. Victor Conte, chirurgien-dentiste, avec Mlle Juliette Dujour.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Distinctions honorifiques.

On lit dans *L'Officiel* du 23 janvier.

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique :*

MM. Deudon (Henri), Elie (Léon), Roger (Paul), chirurgiens-dentistes à Paris.

Sont nommés *Officiers d'académie :*

MM. Cantéro (Joachim), chirurgien-dentiste à Bayonne ; Cassé (Robert), à Caen ; Cournand (Jules), à Paris ; Crevel (Marcel), à Neuilly-sur-Seine ; Davidson (Albert), à Paris ; Delauré (Gabriel), à Figeac ; Fabret (François), à Nice ; Flamant (Ernest), à Fontainebleau ; Foulon (Jules), à Chartres ; Fouques (Raoul), Fraenkel (Isaac), Fréson (Maurice), Jeay (Charles), professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris ; Mme Marillier, à Paris ; MM. Poteau (Fernand), à Laval ; Soleil (Pierre), à Calais ; Sorré (Albert), Wisner (Léon), à Paris.

Nous adressons nos bien sincères félicitations à MM. Cournand, R. Fouques, Jeay, Fabret, Sorré et Wisner, membres de l'Association générale des Dentistes de France.

Errata.

Il s'est glissé quelques erreurs dans l'article intitulé « La Prothèse à l'École dentaire de Paris ». Nous les rectifierons dans un article qui sera prochainement publié.

*
* *

Notre confrère, M. Prevel, exprime ses regrets d'avoir oublié de mentionner dans son compte rendu du *Congrès biennal de l'Association des dentistes du Canada,* publié dans notre numéro du 15 janvier, le bon accueil qu'il a reçu du Dr Kirk, directeur de l'Ecole dentaire de Philadelphie.

Congrès de Stomatologie.

Ainsi que l'indique notre directeur dans le *Bulletin* publié p. 85, la Société de Stomatologie organise un Congrès qui aura lieu du 1er au 5 août 1907 sous le titre de *Premier Congrès français de Stomatologie* et auquel seront seuls admis les docteurs en médecine et quelques dentistes à titre exceptionnel.

27e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1907 VOL. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES DENTS CHEZ LE FŒTUS ET LE NOUVEAU-NÉ SYPHILITIQUES

Par le Dr THEUVENY,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Je ne veux donner aujourd'hui qu'une brève notice au sujet de recherches anatomo-pathologiques, encore trop peu nombreuses, que j'ai faites depuis quelques mois et concernant les dents du fœtus et du nouveau-né issus de souche syphilitique. J'ai, en effet, l'intention de publier plus tard les observations détaillées de ces différents examens microscopiques, en y ajoutant les reproductions des diverses coupes les plus nettes et les plus originales.

Ayant eu l'occasion, dans l'un des services les plus actifs des Hôpitaux de Paris, à la Maternité (Boulevard de Port-Royal), d'obtenir de nombreux fœtus ou enfants syphilitiques héréditaires, d'en faire l'autopsie et d'examiner microscopiquement les lésions des os en général, je pensai que, en présence d'une infection aussi spéciale et aussi énergique, il serait intéressant d'étudier de la même façon son retentissement sur les follicules dentaires et sur les dents.

Il était, en effet, logique d'admettre *à priori* que l'infection syphilitique, frappant le produit conceptionnel *in utero*, au point ou bien d'en empêcher le plus souvent le développement (mort *in utero*), ou de montrer dès la première minute de la vie extra-utérine des lésions macroscopi-

ques telles que pemphigus, lésions osseuses, gommes, malformations locales, etc., il était, dis-je, logique de rechercher son influence sur le système dentaire.

Et, puisque cette influence se faisait sentir la plupart du temps dès le début de la conception, il était nécessaire de la rechercher aussi bien chez l'individu avant terme, l'embryon, le fœtus, que chez l'individu né à terme, que l'expulsion ait été d'un enfant mort, mort et macéré, ou d'un enfant vivant.

Grâce à l'extrême obligeance de mon Maître, M. le Dr Porak, j'ai pu recueillir et examiner jusqu'à présent, les maxillaires inférieurs de dix fœtus ou enfants.

Parmi ces dix observations :

1 concerne un fœtus, mort ayant 2 mois et demi de conception ;

2 concernent des fœtus, morts ayant 3 mois et demi de conception ;

1 concerne un fœtus, mort et macéré, ayant 4 mois de conception ;

1 concerne un fœtus, mort ayant 4 mois et demi de conception ;

1 concerne un fœtus de 5 mois ;

2 concernent deux fœtus de 5 mois et demi ;

Et enfin 2 concernent deux enfants, nés vivants à terme, et atteints tous deux de pemphigus typique, avec rate volumineuse et foie dur et augmenté de volume.

Toutes les pièces ont été prélevées le plus près possible soit de l'expulsion utérine pour le fœtus, soit de la mort pour les enfants vivants (en moyenne de 6 à 24 heures), afin d'avoir le minimum de modifications de tissus. Placées d'abord dans une solution de formol à 10 pour 1000, toutes, sauf celle qui concernait l'avortement de 2 mois et demi, ont été mises dans la solution suivante :

Acide nitrique	3 gr.
Eau distillée	100 gr.
Acide picrique	à saturation

afin de permettre leur section au microtome. Elles ont été

ensuite coupées en séries de façon à permettre d'étudier successivement toutes les dents (ou follicules dentaires), en allant de la symphyse mentonnière à la branche montante du maxillaire inférieur. Enfin, ces coupes ont été montées dans chaque série et comparativement soit à l'hématoxyline simple, soit à l'hématoxyline éosine, soit à l'hématoxyline et Van Giesen.

Je m'occupais déjà, depuis quatre ou cinq mois, de cette question anatomo-pathologique, lorsque j'eus connaissance par son auteur même, du mémoire de M. Capdepont, concernant « l'étude critique sur l'érosion dentaire ». Et dans ce travail si documenté tant au point de vue des faits anciens que des opinions nouvelles, en même temps que si personnel, j'ai trouvé, écrit dès la fin de 1905, ce que je venais de voir en grande partie sur mes préparations de dents de syphilitiques héréditaires.

Je suis heureux, en l'occasion, d'apporter, sans vouloir faire un travail d'ordre aussi général que celui dont je viens de parler, la confirmation microscopique de l'influence de la syphilis héréditaire sur l'évolution dentaire du fœtus et du nouveau-né.

Voici ce que j'ai pu constater sur les différentes coupes de dents ou de follicules dentaires.

Sur neuf de mes observations, j'ai *toujours* trouvé des lésions soit de la *dentine*, soit de l'*émail*, soit des *adamantoblastes*, ces lésions étant plus ou moins combinées, concomitantes, ou séparées. La première de mes dix observations en effet, concerne le fœtus de 2 mois et demi, et a fait l'objet d'un examen avec coupes sériées à la paraffine, mais son étude encore inachevée, et l'âge même du produit de conception, la placent dans une situation si particulière qu'elle mérite un examen spécial et approfondi.

Quoi qu'il en soit, et pour résumer toutes les lésions observées, je prendrai *seulement deux* des cas où j'ai constaté le maximum d'altérations.

A. Le *premier* concerne un fœtus de *4 mois* environ, qui a montré sur deux coupes de dents, les lésions suivantes :

1° La *première* coupe a présenté très nettement d'abord:

α Ce que M. Capdepont a décrit à peu près de la façon suivante sous le nom de lésions de l'émail. « On l'observe (la lésion) sous la forme d'une ligne mince, brunâtre, très souvent nette et régulière. Située dans l'épaisseur même de l'émail entre la ligne de coalescence et la partie superficielle de la dent, elle affecte une épaisseur presque constante en toutes ses parties. »... « Elle divise l'émail en deux parties, l'une qui lui est superficielle et l'autre profonde, et qui, toutes deux, sont le plus souvent formées d'émail sain. »

L'aspect de la coupe est, en effet, absolument conforme à cette description (séparation de l'émail en deux parties d'aspect sain, ligne brunâtre, mais *d'épaisseur inégale*, et beaucoup plus opaque à l'endroit le plus épais).

β La *dentine*, elle, malgré un examen attentif, ne paraît pas altérée en aucune façon, dans ce cas.

γ Quant à l'aspect des *adamantoblastes*, il est le suivant : les cellules très nettes, bien limitées, à noyau très apparent, d'égale hauteur sur les faces latérales, sont réduites des trois quarts au sommet de la dent, au point de ne plus former qu'une ligne mince où l'on ne distingue presque plus que les noyaux. Mais là, cependant, il n'y a pas de lésion à proprement parler, il n'y a qu'une réduction extrême des dimensions cellulaires.

2° La *seconde* coupe de ce même fœtus porte beaucoup plus d'altérations dont voici les caractères :

α La bande foncée de *l'émail* est ici moins marquée que dans la coupe n° 1 ; elle ne s'étend que dans la partie supérieure de l'émail, et son épaisseur est réduite de moitié par rapport à la précédente.

α' Sur ses parties latérales, en se rapprochant de la ligne de coalescence, l'émail montre de plus, à sa face externe, une *crénelure* très nette, à dents très petites et rapprochées, et s'étendant même jusqu'à cette ligne de coalescence.

β Les lésions de la *dentine* sont d'une netteté absolue, montrant des lacunes ou des espaces irréguliers, à bords

arrondis, et formant une traînée nette, fine, presque parallèle à la ligne de coalescence de l'émail et de la dentine, mais de dimensions variables, bien que peu considérables. C'est la lésion telle qu'elle est reproduite dans les deux coupes de la planche I et dans la deuxième de la planche II du travail de M. Capdepont.

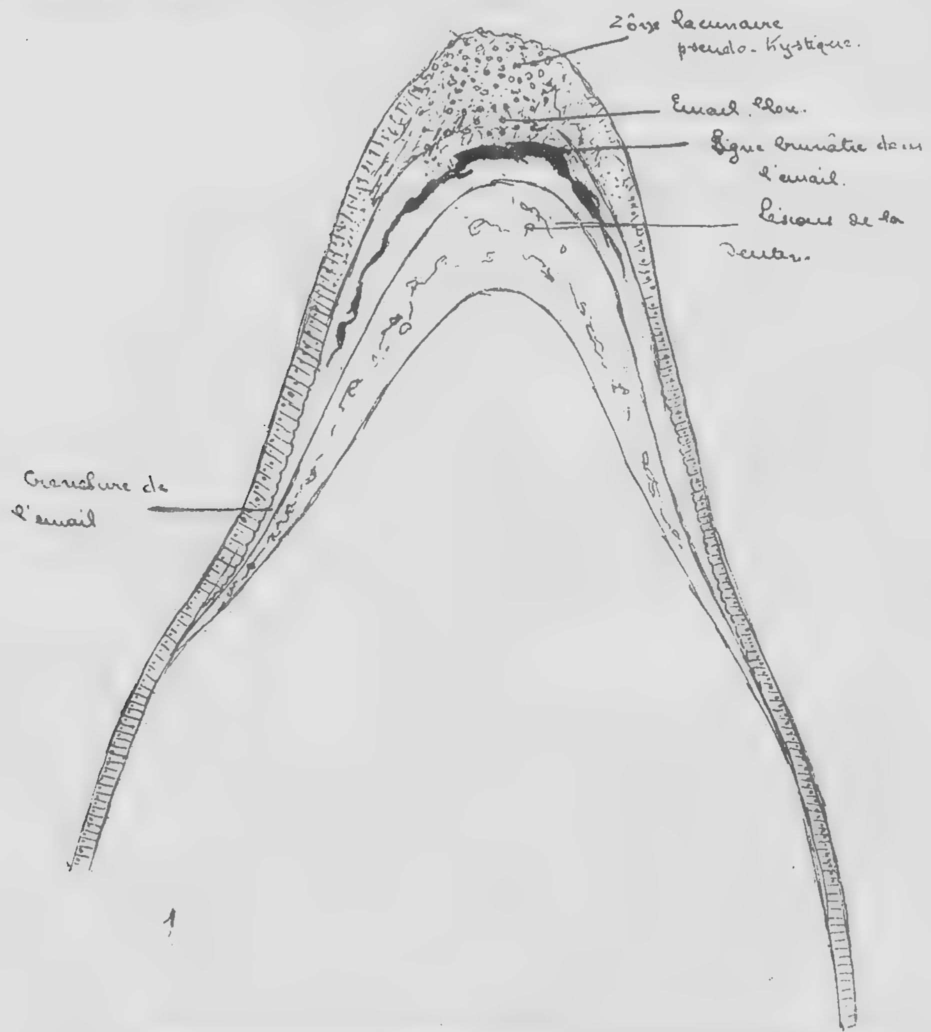


Fig. 1. — Coupe d'une dent de l'observation n° 1, où se trouvent rassemblées : lésions de l'émail, lésions des adamantoblastes, crénelure de l'émail, lésion de la dentine.

γ Mais surtout, si la ligne des *adamantoblastes* est parfaite sur les faces latérales, à la partie supérieure de la

dent, au contraire, on constate une série de petites vésicules claires, de la dimension de deux à trois noyaux d'adamantoblastes, et occupant la partie superficielle de la couche de l'émail à cet endroit. Il existe là, une sorte de zône lacunaire, pseudokystique. Quant aux adamantoblastes situés à ce niveau, au-dessus de cette région pseudo-vésiculeuse, ils n'existent plus que sous forme de débris cellulaires, sans ordre, enchevêtrés, où ne se voient plus que quelques noyaux épars. Il y a là une *dégénérescence* évidente dans la sécrétion de l'émail, due à une sorte de fonte de l'élément cellulaire sécrétant.

On trouve donc réunies dans cette partie d'observation les trois lésions, à des degrés différents, de la dentine, et surtout *de l'émail* et des *adamantoblastes*.

B. La *deuxième* observation que je désire mettre en regard, par rapport à l'âge du produit examiné, est celle qui a trait aux dents de l'un des deux enfants à terme que j'ai pu me procurer.

L'enfant, né de parents ayant avoué leur syphilis, était atteint, du reste, de pemphigus palmaire et plantaire avec hydronéphrose double, un foie dur et d'aspect myéloïde et une rate assez volumineuse.

L'examen histologique a montré sur toutes les dents étudiées, et cela d'une façon irrécusable :

α Les lésions de la *dentine*, analogues aux précédentes. Ces lésions, toujours sous la forme lacunaire plus ou moins développée, variaient de dimension et d'intensité avec les diverses dents, mais elles étaient constantes.

De plus, sur *deux* d'entre elles, la dentine, au niveau de sa face externe, présentait de nombreuses encoches, à large rayon et dont les extrémités seules se trouvaient en rapport avec l'émail sus-jacent, laissant ainsi entre l'ivoire et l'émail une série de petites lacunes. En un mot il n'y avait pas contact parfait entre ces deux substances.

β Sur ces deux mêmes coupes, se retrouvent également, et comme dans l'observation 1, cette sorte d'aspect *crénelé* de

la *face externe de l'émail,* un peu au-dessus de la ligne de coalescence.

Les crénelures sont, là aussi, petites, très rapprochées, et sont, de plus, séparées de la couche des adamantoblastes par un espace presque vide au milieu duquel flottent des débris

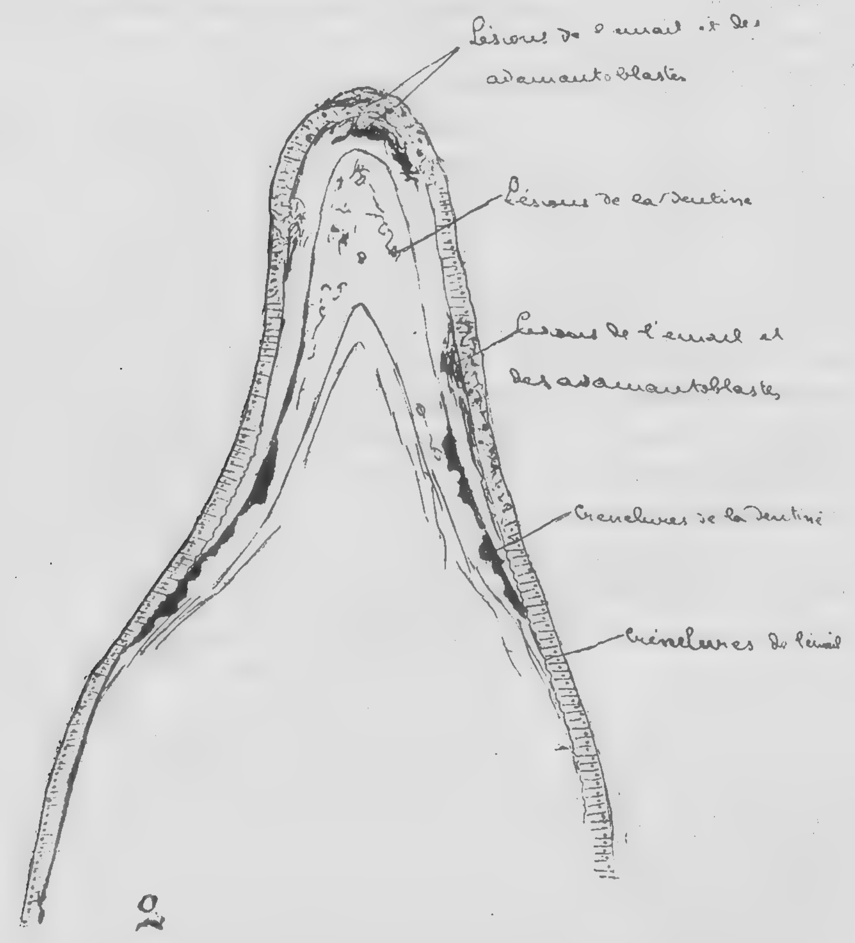


Fig. 2. — Coupe d'une dent de l'observation n° 2, où se trouvent rassemblées : lésion de l'émail, lésion des adamantoblastes, et crénelures de l'émail et de la dentine.

cellulaires informes qui ne sont autre chose que les restes des adamantoblastes sus-jacents, qui sur toute la longueur correspondant à ces crénelures de l'émail ne sont plus réduits qu'à leur noyau. Donc, à cet endroit, émail crénelé et

adamantoblastes très altérés. S'agit-il là d'une lésion mécanique produite pendant les manipulations de la pièce ou bien y a-t-il lésion véritable ? La trop parfaite coaptation, concordance des deux lésions, leur aspect spécial, feraient peut-être plutôt pencher en faveur de la première hypothèse.

En dehors, du reste, de cette lésion toute particulière, j'ai retrouvé sur toutes les dents examinées les lésions de l'*émail* dont j'ai parlé pour la première pièce.

γ Et je veux enfin ajouter que, sur les coupes où j'ai trouvé la *lésion maxima de l'émail*, j'ai *toujours* vu la partie profonde des adamantoblastes (celle opposée au noyau, celle qui touche à l'émail), floue, vague, sans limites précises. Aux endroits où la lésion existe, les cellules sont impossibles à délimiter les unes d'avec les autres, et le contenu de chacune apparaît imprécis et irrégulier à la fois comme contour et comme composition. Il y a, sur certaines préparations, à ce niveau, une sorte de vraie fonte d'adamantoblastes.

γ' Sur *deux* coupes seulement de cette seconde pièce, j'ai pu voir, sur la dentine exclusivement, 5 ou 6 *stries transversales* très nettes, la traversant de part en part, mais respectant, toutefois, la masse des odontoblastes, passant pour ainsi dire d'un bord interne de la dentine à l'autre bord sans traverser la zone formative des odontoblastes ou la partie sous-jacente du bulbe dentaire.

δ Je dois ajouter que je n'ai pas vu, même à l'état d'ébauche sur aucune des coupes étudiées, quelque érosion que ce soit, ce qui ne veut pas conclure à l'impossibilité secondaire de cette manifestation.

La description que je viens de donner, en prenant deux sujets tous deux syphilitiques héréditaires, mais d'âge utérin différent, je l'ai retrouvée à des *degrés plus ou moins marqués sur tous les cas* que j'ai pu étudier. Mais leur intensité, l'étendue de leurs lésions, la coexistence ou la non-coexistence des altérations de l'ivoire, de l'émail, des adamantoblastes, était d'une variabilité considérable. Et si l'on réfléchit un instant, en présence de ces divers degrés, il semble assez facile de les expliquer.

Il est, en effet, certain que la manifestation de l'infection syphilitique héréditaire est soumise à plusieurs facteurs, car :

1° La syphilis existe-t-elle chez les deux procréateurs, ou chez un seul ? d'où la différence de virulence.

2° Si elle existe chez un seul, lequel est-ce, la syphilis maternelle préconceptionnelle étant sans hésitation plus grave ?

3° De quelle époque date l'infection spécifique chez les deux procréateurs ou chez l'un d'eux ?

4° La mère est-elle spécifique avant le début de la conception, ou pendant la conception, et, si elle a été contaminée pendant sa grossesse, à quel moment l'a-t-elle été, car de l'époque de l'imprégnation syphilitique dérive en grande partie l'existence ou l'inexistence de la syphilis du produit, de même que son intensité, si cette infection a été suffisamment précoce. On sait, en effet, que nombre d'enfants naissent sains, du moins en apparence, dont les mères ont contracté la syphilis à partir du quatrième ou du cinquième mois de la conception.

5° En ce qui concerne la virulence de l'infection, il est établi que toute syphilis grave maternelle atteint plus intensément qu'une syphilis bénigne.

6° De même qu'une mère syphilitique, soignée depuis longtemps et avec énergie, pendant sa grossesse surtout, donnera un enfant, qu'il soit mort ou vivant, bien moins atteint dans son développement général ou local.

Déductions. — C'est pour toutes ces raisons d'imprégnation diverse, que je crois que, malgré les lésions que j'ai pu constater chez tous ces produits syphilitiques, il y a une réserve à faire, non seulement au point de vue anatomopathologique, mais aussi clinique et pratique.

Car un enfant peu ou mal imprégné de syphilis héréditaire aura un développement dentaire bien moins atteint de toutes façons que celui dont le ou les procréateurs étaient en puissance active ou insoignée de syphilis : donc, *variation de lésions anatomo-pathologiques et cliniques*, étant

donné la *virulence*, la *date de l'infection*, *variations macroscopiques considérables* que l'on a toujours constatées, et que depuis on a toujours discutées.

Et, pour terminer, je dirais en amplifiant la phrase de Capdepont : *chez tout enfant imprégné de syphilis héréditaire la lésion dentaire n'est pas inévitable ; mais, d'autre part, il ne doit pas y avoir une dent d'Hutchinson, mais un véritable syndrôme dentaire, susceptible d'intéresser diversement et avec des intensités différentes, anatomiquement ou cliniquement, la totalité ou une partie de l'appareil dentaire.*

Addendum. — *Je ne veux pas toutefois faire de la syphilis héréditaire le seul facteur causal de ces diverses lésions observées, et je suis persuadé que, si elle en est la* raison majeure, *les grandes infections de la mère pendant la conception, les intoxications, quelles qu'elles soient, auxquelles a pu être soumis* in utero *le produit fœtal, sont capables de produire, à différents degrés, les altérations des divers tissus dentaires du fœtus ou du nouveau-né.*

APPLICATION DÉTAILLÉE DU PROCÉDÉ DE SÉPARATION DES MÉTAUX PRÉCIEUX AUX LIMAILLES DE PLATINE ET D'OR

Par L. LEMERLE,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

Avant d'indiquer le procédé employé pour la séparation des différents métaux précieux contenus dans les limailles, nous posons cette question : le dentiste doit-il traiter lui-même ses limailles et ses déchets d'or ? A-t-il un grand intérêt à faire ce travail ? D'après notre expérience personnelle nous ne le croyons pas ; car, si adroit et si expérimenté que soit l'opérateur, il perdra fatalement dans les différentes manipulations une somme d'argent très appréciable sur la quantité des métaux qu'il traite.

Nous nous sommes documenté à cet effet auprès de l'importante maison Morin frères, essayeurs du commerce et de la banque de France, qui a bien voulu, et nous l'en remercions, rédiger d'une façon détaillée le mode opératoire le plus pratique pour obtenir la séparation des différents métaux contenus dans nos déchets.

Si nous publions ces procédés, c'est surtout à titre documentaire, car nous ne conseillons pas d'en faire l'essai. Ce travail, pour être utilement fait, nécessite, comme nous le disons plus haut, une grande pratique des manipulations chimiques, ainsi qu'une installation spéciale pour éviter l'action corrosive des vapeurs acides qui se dégagent durant le travail.

En outre il faut toujours tenir compte des pertes possibles de métaux précieux tenus en suspens dans les solutions, soit par accident (bris de vases), soit par manque de précaution ou d'habileté ; car une goutte de solution qui tombe représente une valeur appréciable. Enfin l'opération terminée, il faudra toujours faire essayer les différents lingots obtenus, ce qui demandera trois essais séparés.

Pour nous résumer nous conseillons aux dentistes de donner à fondre ensemble toutes leurs limailles, leurs déchets d'or, d'argent et de platine et d'obtenir ainsi un seul lingot que l'on fait essayer et qui est ensuite vendu à un marchand d'or au titre déclaré par l'essayeur.

Les indications ci-dessous sont données pour un poids de 100 grammes de limailles et devront varier proportionnellement au poids de matières à traiter[1].

DISSOLUTION. — On prend un ballon de verre de capacité de 1 litre, dans lequel on introduit :

1° Les limailles à traiter ;

2° Un mélange de 150 grammes acide nitrique et 450 grammes acide chlorhydrique (acides purs du commerce).

On chauffe ensuite à feu très doux, ou mieux, au bain de sable.

ÉVAPORATION. — Lorsque la dissolution est terminée, on verse le contenu du ballon dans une capsule en porcelaine et l'on évapore lentement jusqu'à consistance sirupeuse.

On ajoute alors dans la capsule 100 grammes d'acide chlorhydrique et l'on recouvre d'un entonnoir pour éviter les pertes par projection dans la réaction qui se produit à ce moment. Lorsque celle-ci est terminée, on recommence à évaporer comme précédemment pour chasser l'acide en excès.

SÉPARATION DE L'ARGENT.—La liqueur est ensuite étendue de 300 grammes d'eau et on laisse encore chauffer une heure environ pour bien rassembler le chlorure d'argent formé.

On filtre et l'on recueille le liquide dans un vase en verre de 750 cc. de capacité. L'argent reste sur le filtre et l'on lave ce dernier et son contenu en le remplissant à trois ou quatre reprises avec de l'eau bouillante et en le laissant chaque fois bien égoutter. Les eaux de lavage sont réunies à la solution filtrée.

A cette solution on ajoute 150 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque (sel ammoniac pulvérisé ou cristallisé).

SÉPARATION DU PLATINE. — On agite avec une baguette

---

1. Ces renseignements nous ont été communiqués par M. Morin, essayeur.

de verre et l'on laisse déposer 6 heures au minimum. Le platine se trouve ainsi précipité à l'état de chloro-platinate d'ammoniaque (jaune de platine).

On recueille ce platine sur un filtre en ayant soin de faire passer d'abord le liquide surnageant afin de faciliter la filtration. Le jaune de platine restant au fond du vase est ensuite lavé par l'addition de 200 grammes d'eau froide dans lesquels on a fait préalablement dissoudre 30 grammes de sel ammoniac. Le tout est agité avec soin et l'on continue à filtrer en versant cette fois sur le filtre le liquide et le précipité en même temps.

Les liqueurs provenant de cette filtration sont recueillies dans un vase en verre de capacité de 1 litre environ.

SÉPARATION DE L'OR. — Dans ce vase on fait dissoudre 100 grammes de sulfate ferreux en cristaux (couperose verte) en agitant de temps en temps avec une baguette de verre jusqu'à dissolution complète des cristaux et on laisse déposer 8 à 10 heures.

L'or se précipite lentement sous forme de poudre brune qui tombe au fond du vase.

On filtre une dernière fois pour recueillir cette poudre et on lave le filtre et son contenu comme il a été indiqué pour la séparation de l'argent.

La séparation proprement dite des métaux précieux est ainsi terminée, il ne reste plus qu'à donner la forme métallique aux produits obtenus.

ARGENT. — Le chlorure d'argent complètement séché est introduit, avec le filtre qui le contient, dans un creuset où on le fond avec un mélange de charbon et de carbonate de soude (*3 fois son poids de carbonate de soude et 4 0/0 de son poids de charbon de bois finement pulvérisé, le tout intimement mêlé*). Après refroidissement, on casse le creuset et l'on en retire un culot d'argent fin.

PLATINE. — On détache le jaune de platine, lorsqu'il est sec, du filtre qui le contient, et on brûle le papier de ce filtre, après lequel quelques parcelles de chloro-platinate tiennent encore, dans une capsule de porcelaine. Dans

cette même capsule on ajoute le jaune de platine que l'on vient de détacher et on calcine le tout en chauffant d'abord doucement et progressivement, ensuite jusqu'au rouge-blanc, jusqu'à ce qu'il ne se produise plus de fumées blanches.

On laisse refroidir et l'on détache de la capsule la mousse de platine ainsi obtenue.

OR. — Le filtre contenant l'or est traité comme il est indiqué pour l'argent, en remplaçant toutefois le fondant de carbonate de soude et charbon par un mélange de 3 fois son poids de borax et 1 fois son poids de salpêtre.

Observations.

PRÉPARATION DES LIMAILLES. — Avant la dissolution par l'eau régale, les limailles devront toujours être débarrassées des impuretés qu'elles contiennent, c'est-à-dire qu'on les aimantera d'abord, ensuite on les brûlera.

Les limailles contenant une assez forte proportion d'argent devront, préalablement, être traitées, pendant une heure, par l'acide nitrique seul à chaud, pour dissoudre la majeure partie de ce métal qui, lorsqu'il est en notable quantité, gêne l'attaque à l'eau régale.

En tamisant les limailles avec soin, on évitera d'y laisser de trop grosses rognures de platine. Ces rognures, s'attaquant très lentement, prolongeraient inutilement la dissolution en exigeant le renouvellement de l'acide.

IRIDIUM. — Lorsque le platine des limailles à traiter est iridié, l'iridium est recueilli avec l'argent, la séparation des deux métaux doit faire l'objet d'un traitement à part.

DISSOLUTION. — L'acide servant à la dissolution des limailles ne devra être versé qu'avec précaution dans la fiole et en trois ou quatre fois à divers intervalles, afin d'éviter une effervescence trop rapide qui pourrait causer des pertes de matière.

N.-B. — 1° Les manipulations devront être faites avec le plus grand soin afin d'éviter les pertes, et principalement en ce qui concerne les liquides, étant donné la valeur des métaux contenus dans les solutions.

2° On évitera aussi de chauffer à flamme trop vive, les fioles ou capsules contenant la matière, principalement lorsqu'on ne se servira pas de bain de sable. Un jet de flamme trop vif suffirait pour briser le récipient et faire perdre la majeure partie, sinon la totalité du contenu.

3° L'évaporation de l'acide, après l'attaque par l'eau régale, ne devra pas être poussée trop loin, car on risquerait de décomposer une partie du chlorure de platine contenu et on aurait un résidu noirâtre au fond de la capsule qu'il faudrait recommencer à dissoudre (perte de temps).

4° Chaque fois que la liqueur passera d'un récipient dans un autre, soit en décantant, soit en filtrant, il sera nécessaire de laver avec le moins d'eau possible le vase ou la capsule qui contenait primitivement cette liqueur, et l'eau de lavage sera ajoutée à la solution filtrée ou décantée.

5° La calcination du jaune de platine devra être faite en évitant une élévation de chaleur trop rapide, le sel ammoniac en se volatilisant pourrait, en ce cas, entraîner du platine et causer des pertes.

LIQUIDE RÉSIDU. — Le liquide restant après la précipitation des métaux précieux contient encore de très petites quantités de ces métaux. On précipite ces dernières traces en additionnant la liqueur de 10 o/o de son volume d'acide chlorhydrique et en y mettant des lames de zinc que l'on renouvelle jusqu'à ce que la liqueur soit à peu près incolore.

Au fond du récipient se trouve un dépôt noir qu'on recueille sur un filtre. Ce dépôt contient : or, platine, cuivre, plomb, etc., on le lave à l'eau chaude de la manière indiquée, et il peut ensuite être ajouté aux matières que l'on aura à traiter dans une nouvelle opération.

Nous recommandons particulièrement d'opérer la dissolution et l'évaporation, ainsi que la calcination du chloroplatinate d'ammoniaque, sous une hotte fermée autant que possible, et dont la cheminée aura un tirage parfait, les vapeurs acides lourdes qui se dégagent ayant une action corrosive très puissante tant sur l'opérateur que sur les objets métalliques (outillage) se trouvant à proximité.

PATHOGÉNIE DE LA CARIE DENTAIRE

Troubles réactionnels que provoquent les infections dans les tissus durs dentaires. Démembrement de la carie. Classification nouvelle basée sur l'histologie pathologique et sur la clinique[1].

Par MARCEL CAVALIÉ,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

(Suite.)

IV. LES « CARIES » DE L'IVOIRE QUE J'AI PROPOSÉ D'APPELER DENTINITES OU MALADIES INFECTIEUSES DE L'IVOIRE. — Lorsque l'ivoire est atteint par l'infection et par l'altération, il se creuse généralement une cavité plus spacieuse que dans l'émail. Le degré de l'altération de l'ivoire diminue à mesure qu'on s'éloigne de cette cavité. Il peut arriver que, de proche en proche, la cavité finisse, en s'enfonçant, par atteindre la chambre pulpaire ; on a alors la « carie » dite pénétrante (de Magitot).

Les lésions que provoquent les agents infectieux ne se produisent pas sur un tissu passif (comme c'était le cas pour l'émail). L'ivoire réagit d'une certaine manière à l'invasion ; il s'ensuit des troubles réactionnels qui obligent à séparer les lésions et les troubles de l'ivoire des simples altérations infectieuses ou caries de l'émail. Ce sont de vraies maladies de l'ivoire comme je le montrerai bientôt ici.

Je leur avais primitivement donné le nom d'odontites ; mon collègue et ami M. Pont m'a proposé le terme de *dentinite* pour éviter une confusion que laisserait supposer celui d'odontite, terme pouvant s'adresser à la dent tout entière. En conséquence, si le mot de carie peut être conservé pour l'émail des dents vivantes, il est à désirer qu'il soit rayé pour l'ivoire, comme d'ailleurs aussi pour le cément. Dorénavant, dans le cours de ce travail il restera entendu que les dentinites et les cémentites auront remplacé les expressions de caries de l'ivoire et de caries du cément.

---

1. V. *L'Odontologie*, des 15 et 30 janvier 1907.

Les dentinites, pénétrantes ou non, sont presque toujours accompagnées de lésions pathologiques de la pulpe, le plus souvent dues à la propagation de l'infection. Les pulpites, aiguës ou chroniques, purulentes ou non, gangréneuses, dégénératives, les nécroses pulpaires enfin exercent une influence considérable à la fois sur les symptômes et sur la marche des lésions dans l'ivoire.

Il me sera impossible d'exposer ici les maladies de la pulpe ; il faudrait pour cela un volume. Je réserve pour plus tard la publication des recherches que je poursuis sur ce sujet. Je ne ferai intervenir, pour le moment, ces maladies que pour servir à éclairer les faits d'observation qui relèvent de l'action des éléments pulpaires sur les dentinites. Cette action est éminemment favorisée lorsque la cavité cariée communique avec la chambre pulpaire et lorsque la pulpe n'est pas encore détruite.

A. *Classification macroscopique des dentinites.* — Que les dentinites soient pénétrantes ou non, j'ai l'habitude d'en faire un triage basé sur l'aspect de la surface altérée ou cariée. Les dents qui n'ont été l'objet d'aucune intervention thérapeutique, comme je l'ai déjà indiqué (Voir la technique), sont les plus commodes pour l'étude.

Je distingue trois variétés principales de dentinites :

1re variété. Dentinite raréfiante. — L'aspect de la cavité est comme humide ; les détritus du contenu sont presque liquescents. La couleur varie du jaune gris, jaune, jaune rouge au brun noir et au noir.

Les fig. 4 et 5, d'après nature, sont destinées à montrer l'aspect extérieur de deux cavités dites cariées. La dentine altérée des parois est fortement ramollie. C'est une variété à marche rapide, sauf cependant chez les sujets âgés. Il suffit d'interroger les malades pour s'en convaincre.

2e variété. Dentinite condensante. — L'aspect de la surface altérée est à peu près lisse, net, sans détritus.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien il y a une cavité, ou bien il n'y en a pas, et à la place on aperçoit une surface plus ou moins concave.

La couleur varie du jaune rouge au marron et au marron très foncé. C'est une couche d'ivoire plus foncé que normalement, d'ivoire néoformé qui paraît avoir arrêté la marche de l'infection et de l'altération.

Cette dentine néoformée, comparable à la dentine secondaire, est plus ou moins riche en sels calcaires et par suite plus ou moins dure ou résistante. Je l'appelle dentine cicatricielle par analogie lointaine avec les cicatrices des différents tissus.

La quantité de dentine cicatricielle varie suivant les échantillons des dents. La fig. 6, d'après nature, permet d'en voir une couche d'ailleurs assez mince qui tapisse les parois de la cavité dite cariée.

Sur la fig. 7, d'après nature, la couche est plus épaisse et tend à combler la cavité.

Sur la fig. 8, d'après nature, elle est considérable et non seulement la cavité est comblée, mais encore il y a une ébauche de reconstitution des cuspides. L'émail (fig. 6, 7 et 8) a été détruit dans le cours de la formation de la cavité cariée et bien entendu n'a pas reparu.

Si l'on pratique, sur ces dents, des coupes verticales, on peut constater les variations de l'épaisseur de la dentine cicatricielle. Cette dernière se détache tantôt assez aisément, tantôt très difficilement de l'ivoire en apparence normal sous-jacent.

Elle se produit avec le plus de fréquence et d'intensité dans les dentinites pénétrantes. Elle est le résultat d'une hyperactivité irritative des odontoblastes et ne saurait jamais survenir dans les cas de destruction de la pulpe (pulpites purulentes totales, gangréneuses, dégénératives totales, etc.).

3e variété. Dentinites chroniques, formes pulvérulentes, mixtes, etc... L'aspect de la cavité n'est plus humide, mais apparaît comme finement granuleux, pulvérulent. La couleur est grisâtre ou gris noir, parfois marron (V. fig. 9 et 10, d'après nature).

Les détritus de la cavité s'émiettent, mais ne sont pas liquescents. La dentine altérée des parois est ramollie comme

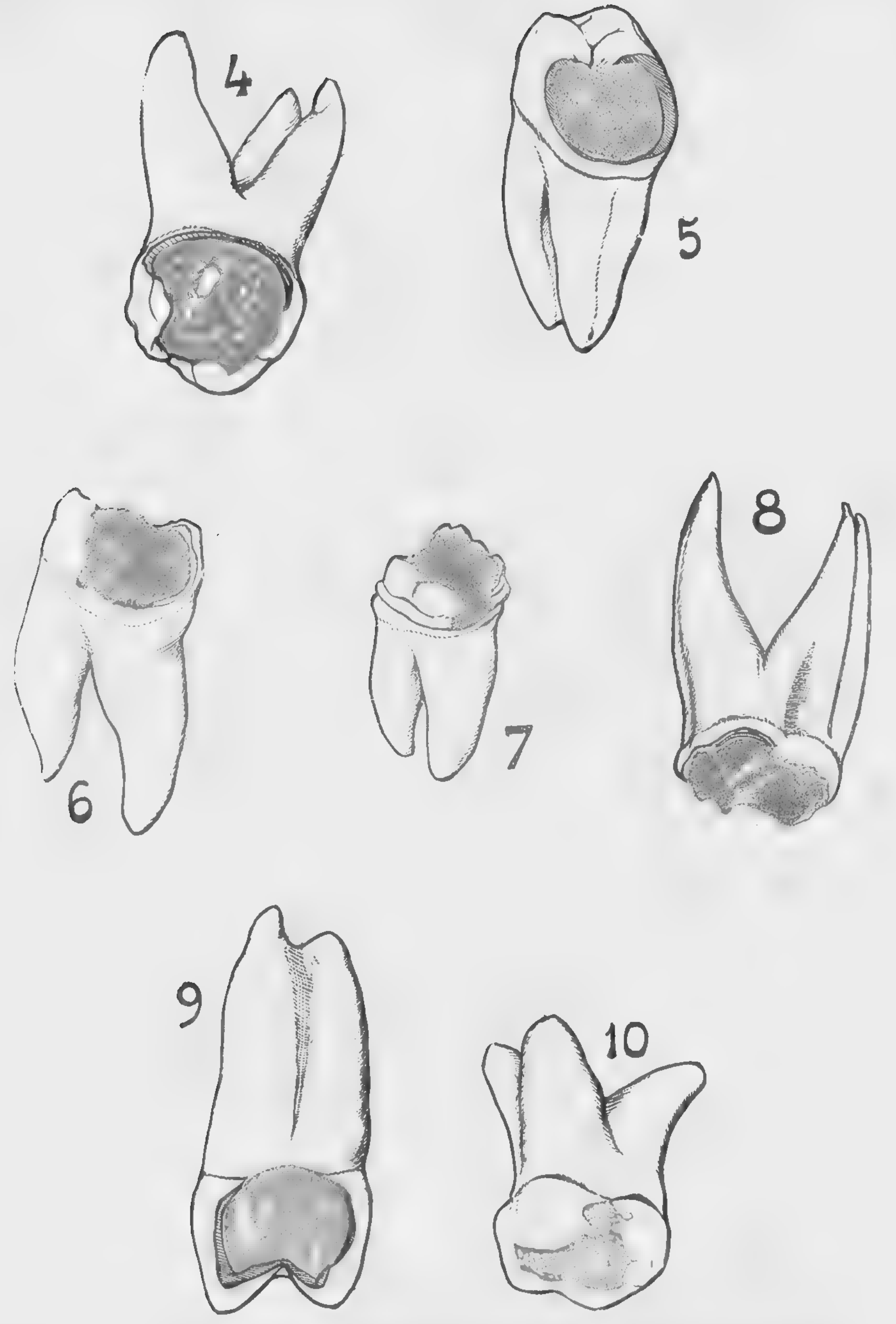


Fig. 4. — 1[re] molaire sup. g., dentinite pénétrante raréfiante, détritus dans la cavité.

Fig. 5. — 1[re] molaire inf. g., dentinite pénétrante raréfiante à détritus mou dans la cavité.

Fig. 6. — 1[re] molaire inf. g. Dentinite condensante défensive. Couronne d'abord presque complètement détruite. La couche des odontoblastes ayant conservé ses fonctions, il s'est fait une production d'ivoire secondaire qui tapisse la cavité comme un vernis très dur.

Fig. 7. — 2[e] molaire inf. g. Dentinite condensante défensive. Après destruction d'une partie de la couronne, réaction odontoblastique, plus intense que sur la fig. 6, qui aboutit à une formation d'ivoire plus considérable tapissant la cavité et tendant à la combler.

Fig. 8. — 2[e] molaire sup. dr. Dentinite condensante défensive réparatrice. Après destruction d'une partie de la couronne, réaction odontoblastique intense qui aboutit à une production considérable d'ivoire comblant la cavité et reconstituant les éminences cuspidiennes.

Fig. 9. — 1[re] prémolaire sup. dr. Dentinite mixte pulvérulente, gris noirâtre.

Fig. 10. — 2[e] molaire sup. dr. Dentinite mixte, pulvérulente, gris noir.

dans les dentinites raréfiantes; mais la marche des altérations est moins rapide. Les réactions organiques sont ici moins marquées que dans les deux premières variétés.

V. EXAMEN MICROSCOPIQUE DES LÉSIONS DE L'IVOIRE DANS LES DENTINITES. — A. *1re variété. Dentinites raréfiantes, détritus très mou dans la cavité.* — C'est dans l'épaisseur de l'ivoire autour de la cavité dite cariée qu'on observe souvent très bien les quatre zones classiques de la carie dentaire.

La zone en voie de destruction est la plus superficielle; pour l'étudier il suffit de racler la surface cariée et sans qu'il soit besoin de décalcification on peut, après fixation, mettre à inclure, les fragments étant suffisamment tendres. Mais pour mettre en évidence les relations de cette zone avec le reste des tissus durs de la dent, on doit faire des coupes totales de dent après décalcification.

Immédiatement après la zone de destruction et au-dessous, se trouve la zone de ramollissement qui sert de trait d'union avec l'ivoire dur et qui lui est faiblement adhérente, de sorte que le détachement se produit aisément. Voilà pourquoi, sans doute, l'étude en est entourée de quelque difficulté et pourquoi, jusqu'ici, les auteurs en ont donné une description incomplète.

Je suis parvenu à conserver, *in situ,* les deux zones de destruction et de ramollissement, par le procédé du collodionage des pièces avant la décalcification.

La zone du tissu encore dur de l'ivoire, attenante à la zone de ramollissement, n'est autre que la zone opaque, à laquelle fait suite la zone transparente qui marque la limite entre la région altérée et la région apparemment saine, normale. La fig. 11 montre la succession des zones dans la carie de l'ivoire.

La région cariée entière ressemble à un tronc de cône dont la grande base est à la surface de la couronne et dont la petite base est en regard de la chambre pulpaire.

Au niveau de cette dernière, il y a une surproduction d'ivoire (ivoire secondaire) qui fait une saillie marquée.

La zone transparente. — Elle est appelée avec juste raison zone de défense; les canalicules de l'ivoire offrent ici des parois légèrement épaissies; l'attention est immédiatement attirée sur le contenu des canalicules.



Fig. 11 (demi schématique). — Coupe d'une couronne. Région cariée en forme de tronc de cône. Zone opaque et zone transparente nettes. La cavité cariée contient des détritus. Du côté de la chambre pulpaire épaississement de l'ivoire qui fait saillie dans cette chambre.

Sur les coupes sans décalcification, on observe, dans l'intérieur des canalicules, des grains brillants calcaires qui sont certainement le résultat d'un travail actif de calcification (fig. 12, d'après nature).

Je ne saurais partager l'opinion de Kleinsorgen, qui attribue ces formations à une dégénérescence graisseuse.

Ces grains brillants disparaissent complètement après décalcification et la zone transparente n'est plus différenciée du reste de l'ivoire (Voir fig. 13, d'après nature).

Seules les parois épaissies des canalicules de l'ivoire persistent; le contenu apparaît trouble; le nombre des prolongements latéraux a fortement diminué.

Si, comme Kleinsorgen l'affirme, il y a à ce niveau une dégénérescence graisseuse, que je n'ai pas observée, elle vient se surajouter au travail de calcification. Dégénérescence et calcification représentent deux réactions organiques qui entrent en ligne de compte dans la carie de l'ivoire et la différencient déjà totalement de la carie de l'émail.

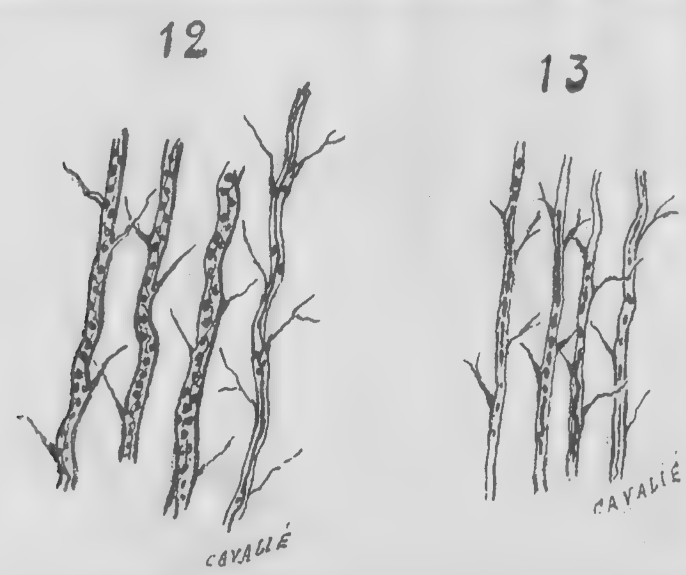


Fig. 12. — Portion d'une coupe intéressant la zone transparente dans l'ivoire non décalcifié. Grains brillants dans les canalicules principalement ; paroi des canalicules épaissie légèrement.

Fig. 13. — Portion d'une coupe intéressant la zone transparente dans l'ivoire, après décalcification. Grains brillants dissous. Canalicules un peu plus gros que normalement ; prolongements moins nombreux. Les fibrilles apparaissent segmentées.

La zone opaque. — Sur les coupes de pièces non décalcifiées cette zone offre une coloration brune qui diminue d'intensité de l'extérieur vers la zone transparente.

Le tissu de l'ivoire est parfaitement reconnaissable ; il n'est pas encore décalcifié. La substance calcaire interstitielle est moins abondante que dans l'ivoire normal ; les canalicules sont très distincts. Leur diamètre apparait plus grand, ce qui est dû en partie à un épaississement des gaines de Neumann.

Les prolongements collatéraux sont rares (fig. 14).

Le contenu des canalicules est intéressant à observer. Au

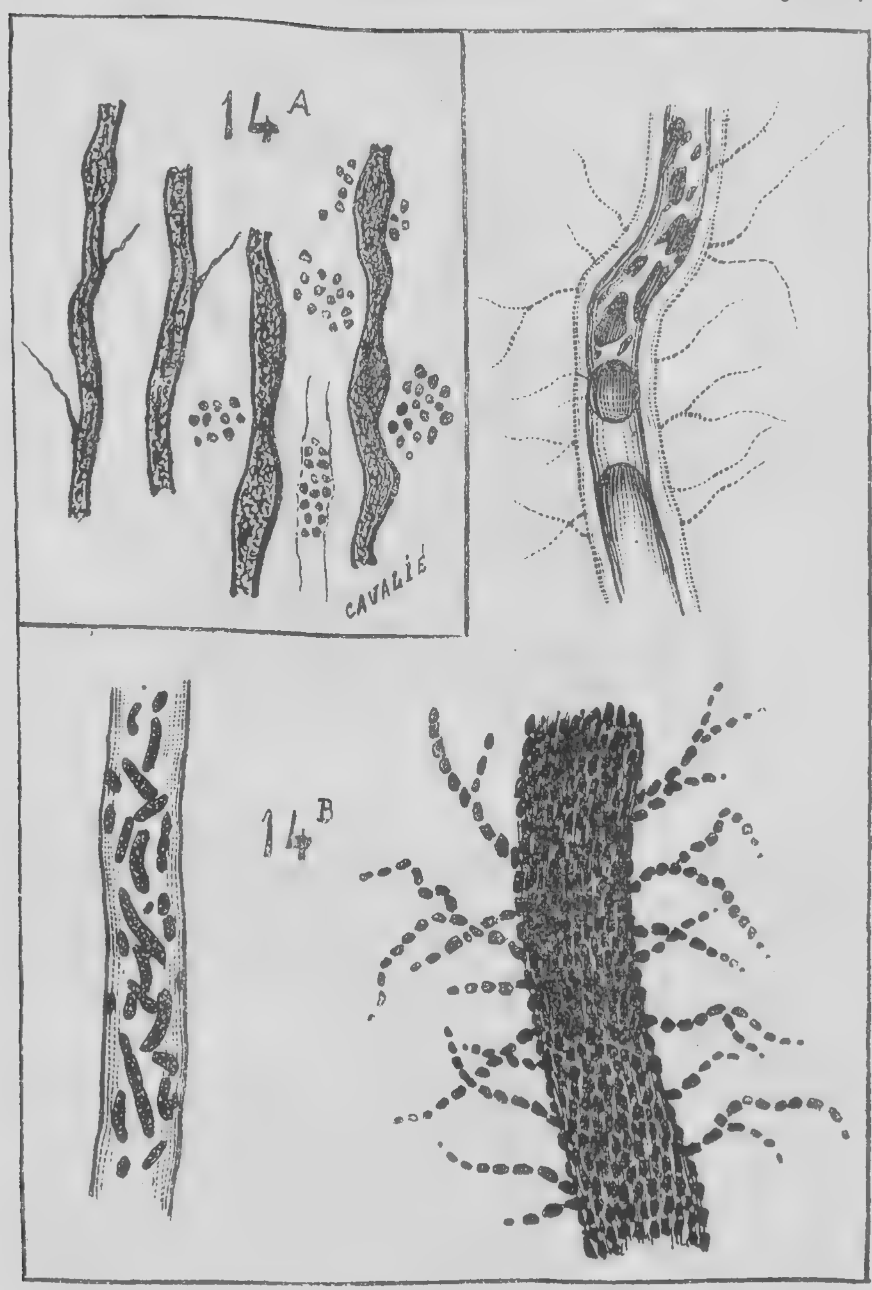


Fig. 14. — A. Portion de coupe intéressant la zone opaque dans l'ivoire non décalcifié. La substance calcaire persiste seulement par amas entre les canalicules. Canalicules très distincts, renfermant un contenu trouble; leur diamètre est plus grand que dans la zone transparente.

B. Quelques canalicules isolés de la zone opaque de l'ivoire carié renfermant des amas microbiens.

lieu de fibrilles de Tomes délicatement figurées, il y a une substance souvent floue, d'autres fois granuleuse; les fibrilles sont lésées comme fragmentées. Des examens microscopiques minutieux font constater, en outre, la présence de colonies microbiennes. Le nombre de ces agents diminue à mesure qu'on se rapproche de la zone transparente sous-jacente. Redier donne justement à la zone opaque le nom de zone d'invasion.

Si l'on examine la zone opaque sur les coupes après décalcification, ce qui frappe le plus, ce sont des espaces vides, creux, arrondis ou ovalaires entre les canalicules. Ces espaces, qui apparaissent clairs, représentent la place occupée par les sels calcaires qu'ont dissous les acides au cours des manipulations histologiques (fig. 15, d'après nature). Les

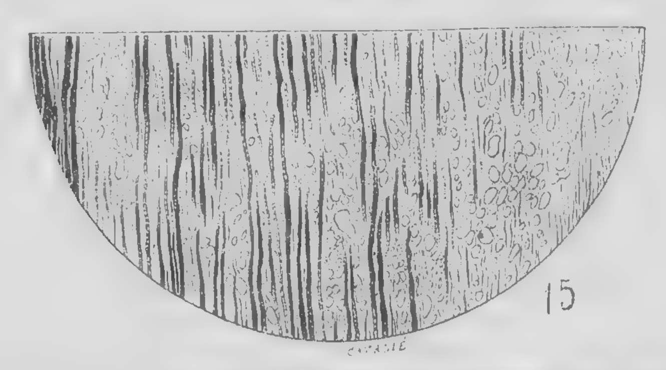


Fig. 15. — Portion de coupe intéressant la zone opaque dans l'ivoire après décalcification. Les espaces clairs représentent la place occupée par les sels calcaires dissous par les manipulations histologiques. Tubes d'ivoire très apparents et altérés.

canalicules de l'ivoire sont apparents, leurs parois sont épaissies; leur contenu est difficile à analyser eu égard à l'altération produite par les acides.

(*A suivre.*)

REVUE DE L'ÉTRANGER

DÉTERMINATION DE L'ARCADE NORMALE ET SES APPLICATIONS A L'ORTHODONTIE[1]

Par C.-A. Hawley, de Columbus.

Quand on examine des cas dans lesquels les dents sont mal posées et où la forme de l'arcade est irrégulière, comme conséquence, on se demande naturellement quelle est l'arcade propre de ces dents. Si elles sont de dimensions normales et uniformes, il doit y avoir une arcade particulière qu'elles rempliront exactement et dont la forme et la position des points de contact et d'occlusion doivent être exacts. Jusque-là, l'œil, dressé par l'observation de ce qui semble être les spécimens les plus parfaits de l'œuvre de la nature, a été le seul guide ; mais un jugement de ce genre est exposé à l'erreur ; aussi la présente communication a-t-elle pour but de trouver des indications précises et exactes pouvant servir de guide sûr.

Bonwill, dans son travail sur l'articulation des dents et le mouvement des mâchoires dans la mastication, a esquissé les principes géométriques sur lesquels reposent les mouvements des mâchoires et la forme de l'arcade idéale. Cette arcade, basée sur le triangle équilatéral, a été avec de légères modifications universellement acceptée comme exacte et elle constitue la base de l'enseignement sur la matière. Elle est représentée figure 1, la base A A étant la distance entre les condyles, le sommet reposant entre le bord tranchant des incisives centrales. Les six dents antérieures sont disposées en un arc de cercle dont le rayon est déterminé par les largeurs combinées des incisives et canines. A partir du point distal de la canine, les bicuspides et les molaires sont disposées en lignes droites s'étendant jusqu'aux extrémités de la base du triangle, les pointes des cuspides buccales étant coupées par la ligne. La ligne tirée par B passe au milieu des cuspides buccales des premières molaires. Partant de cet arrangement des dents l'*American text-book of prosthethic dentistry* dit : « Dans les dentures naturelles les deuxième et troisième molaires sont tournées légèrement vers la médiane et la ligne tirée par B passe plus souvent par le sommet des cuspides buccales des premières molaires. » Ces modifications sont, je crois, acceptées d'une façon générale et sont exactes.

1. Nous signalons à nos lecteurs cet article de M. Hawley, que nous avons annoncé dans notre numéro du 15 octobre 1906 et qui, avec celui de M. Pont « Contribution à l'étude du traitement de l'atrésie du maxillaire » publié dans le même numéro et celui de M. Campion « Proportions de l'arcade dentaire de l'homme considérées au point de vue de l'orthodontie et de la prothèse », que nous publierons ultérieurement, représente une étude faite à des points de vue un peu différents pour aboutir à des conclusions à peu près semblables.

Pour l'application pratique de cette forme d'arcade à l'arrangement des dents artificielles, Bonwill construisit un articulateur sur la base d'un triangle équilatéral de 100 mm, cette distance étant la distance moyenne qui sépare les condyles sur un grand nombre de crânes, laquelle varie de 87 à 125mm. Les modèles furent montés sur cet articulateur de façon à copier la forme de la denture naturelle. En disposant les dents, les incisives et les canines étaient arrangées en un arc de cercle, dont le rayon était déterminé par leur largeur. Les bicuspides et les molaires étaient ramenées en arrière en une ligne droite ne représentant pas exactement la base

Fig. 1.

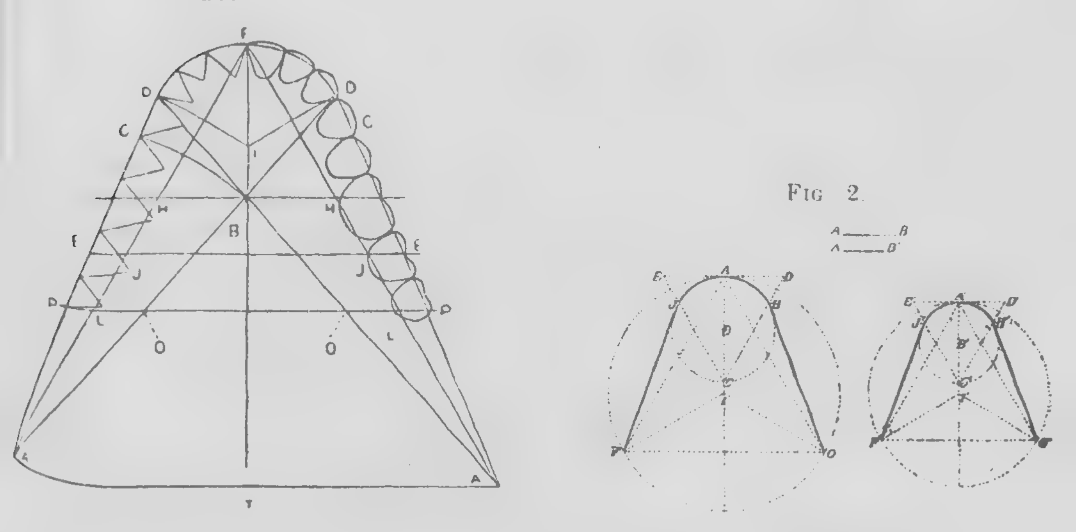


Fig 2.

du triangle de 100 mm représenté par l'articulateur, mais déplacées en dedans ou en dehors pour faire porter l'effort de la mastication le plus près possible du bord et conserver le mouvement latéral propre du maxillaire que représente l'articulateur. La distance exacte entre les molaires est ainsi déterminée par le jugement de l'opérateur ou l'état ou la position du bord. Si cela n'est pas fait, des dents étroites disposées en triangle de 100 mm seraient trop larges dans la région molaire, et inversement.

En orthodontie le problème est différent. Nous avons présenté une série de dents à arranger chez le sujet vivant. On peut déterminer la largeur exacte des dents. Il n'y a pas moyen de mesurer la largeur exacte entre les condyles avec exactitude et l'on ne peut pas les disposer dans l'arcade moyenne basée sur le triangle de 100 mm. L'arcade doit être établie avec d'autres données et nous choisirons les dents antérieures.

Prenons comme exemple un cas quelconque et, avec la largeur

combinée des incisives et des canines comme rayon, traçons une circonférence A H C (fig. 2). Mesurons le rayon sur la circonférence en H et J représentant les points distaux des canines. De C, extrémité d'un des rayons de la circonférence passant par A et B, traçons les lignes C D et C E passant par les points H et J et prolongeons-les indéfiniment. Menons une tangente au cercle en A coupant ces lignes en D et en E, pour former le triangle équilatéral C D E. Prenons un des côtés de ce triangle comme rayon d'une circonférence passant par A avec son centre I sur le prolongement de la ligne A C. A partir de A portons le rayon du cercle sur la circonférence six fois et inscrivons le triangle A F G. Menons les lignes F J et G H. Nous avons maintenant une arcade basée sur un triangle équilatéral et disposée avec lui, mais proportionnée à la largeur des trois dents antérieures ou rayon A B.

Pour prouver que ces figures seront toujours semblables et proportionnelles aux rayons, du rayon A' B' traçons un autre diagramme représentant une série de dents plus petite. Dans des triangles semblables les dimensions correspondantes sont toujours proportionnelles. Les triangles C D E et C' D' E' sont semblables comme équilatéraux ; ils sont construits sur des hauteurs A C et A' C' égales respectivement à deux fois les rayons des cercles A H C et A' H' C'. Par conséquent la base E D est à la base E' D' comme le rayon A B est au rayon A' B'. Mais E D et E' D' sont par construction égales respectivement aux rayons des cercles A G F et A' G' F'. Des centres et des cercles tirons I F, I G, I' F' et I' G'. Les triangles I F G et I' F' G' sont semblables comme équiangles (A F G et A' F' G' sont des triangles équilatéraux). Donc F G est à F' G' comme I G est à I' G' ou comme E D est à E' D' ou comme A B est à A' B'. Ou, si l'arcade est idéale, on peut avec des largeurs de dents données construire une arcade semblable proportionnelle à la série de dents données.

L'arcade tracée, les dents peuvent y être placées avec un compas d'après les mesures prises sur le modèle, ce qui donne leur position exacte (v. fig. 3). Dans cette figure les largeurs des dents sont marquées au-dessus de l'arcade ; elles sont marquées en réalité par des traits pointillés dans le papier, mais ici elles sont noircies pour être plus visibles dans la photographie. Quand on mesure les dents antérieures on trouve un petit espace de 1 ^{mm} environ entre la canine et la première bicuspide. Cela provient de ce que les largeurs des dents sont prises en ligne droite et mesurées sur une courbe. La ligne O P passant par B parallèlement à la base du triangle passe par le sommet des pointes disto-buccales des premières molaires ; il en était ainsi dans tous les cas que j'ai relevés. Des variations dans les largeurs proportionnelles des bicuspides peuvent faire varier cela légèrement, mais je ne l'ai pas constaté.

Les deuxièmes molaires sont tournées légèrement vers la ligne médiane. L'arcade inférieure est tracée d'après les mesures des dents inférieures.

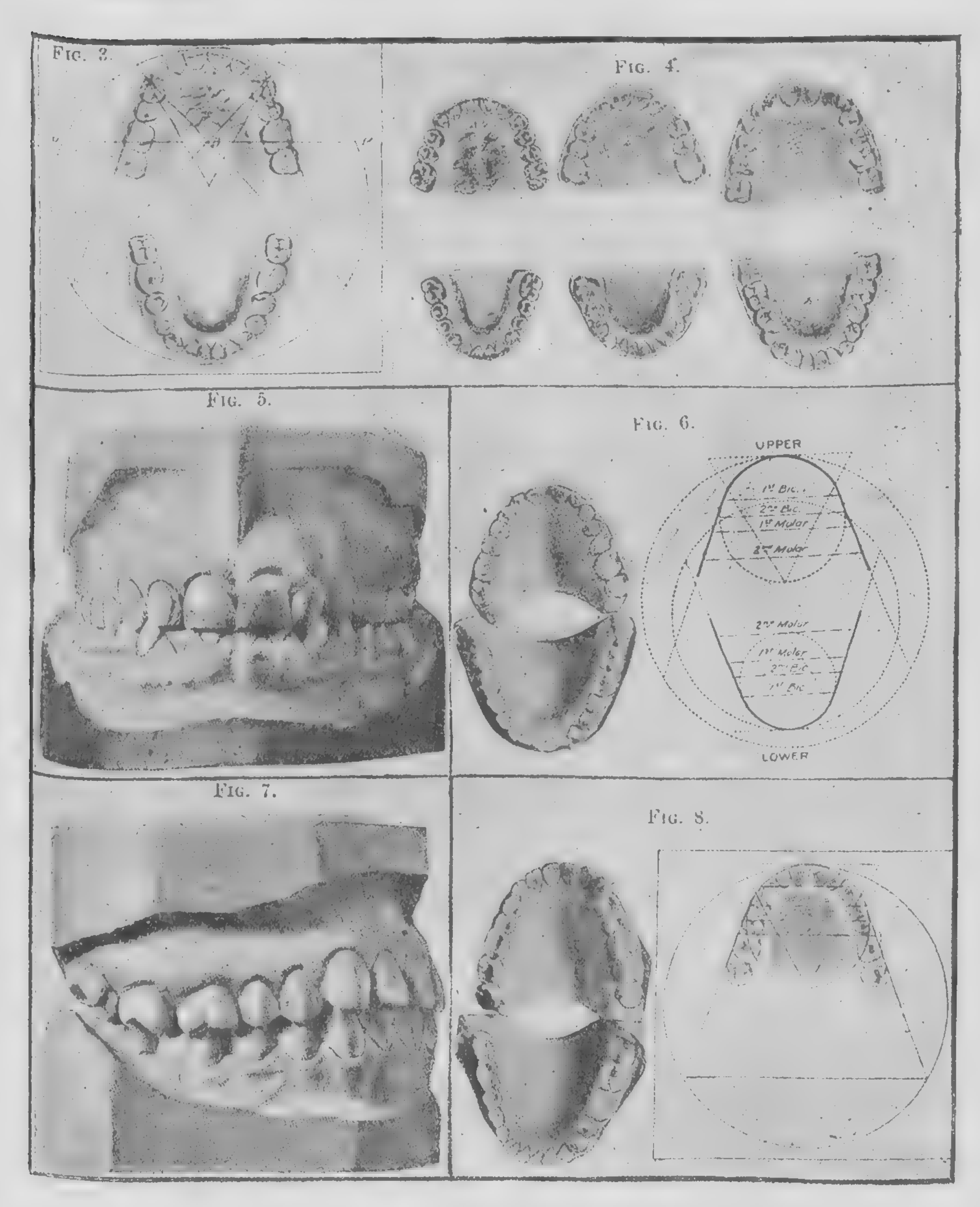


Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6. Fig. 7. Fig. 8.

Des dessins faits avec des cas différents différeront d'aspect suivant les caractéristiques des dents elles-mêmes, cependant tous seront symétriques. On le constate dans 3 cas de la figure 4, où les lar-

geurs combinées des trois dents dans chaque cas sont respectivement 23 ^{mm}, 23 ^{mm} 1/2, 24 ^{mm} 1/2.

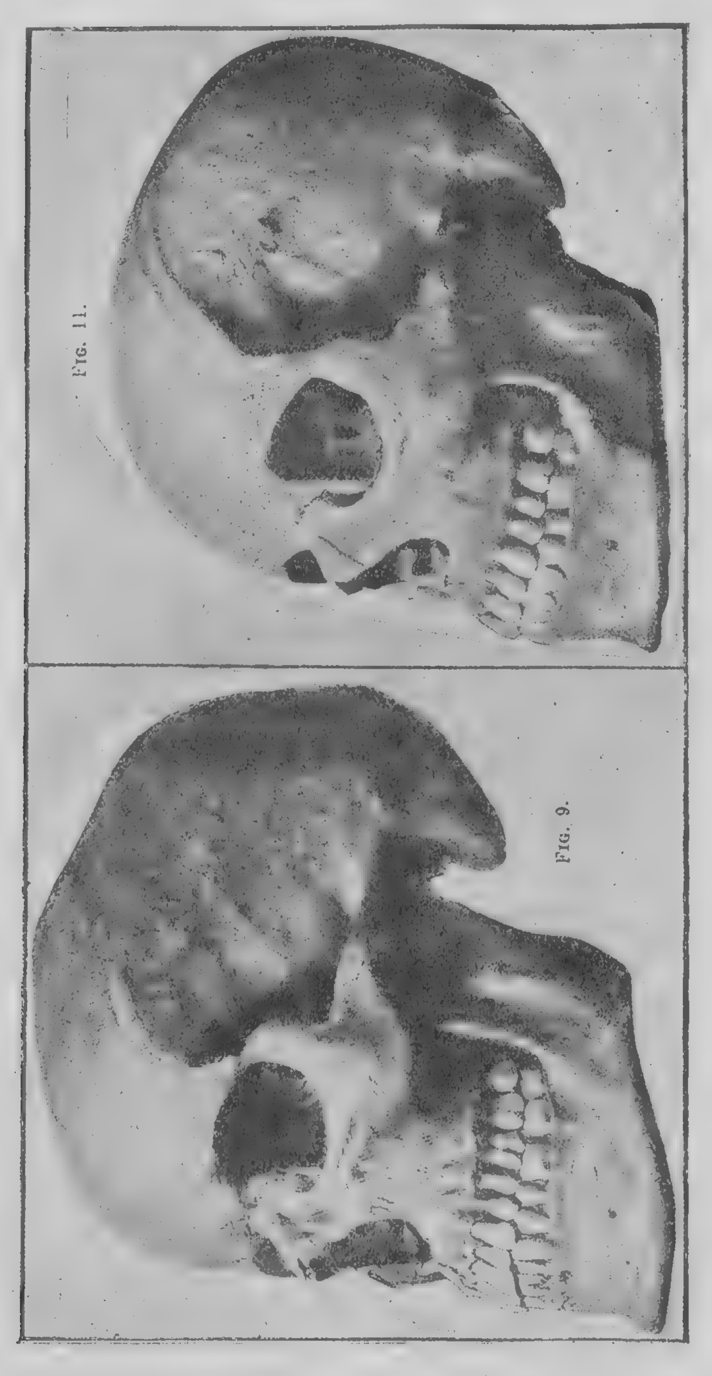
L'arcade de Bonwill ayant été acceptée universellement comme idéale, et la démonstration géométrique montrant qu'elle peut être reproduite d'après les mesures prises, il est intéressant d'en suivre l'application à plusieurs cas. La figure 5 donne l'occlusion de deux modèles prêtés par M. T. Watson, non seulement parfaits comme occlusion, mais avec une arcade de forme irréprochable (fig. 6). A côté est un diagramme établi d'après les largeurs des dents. Les lignes tracées au travers indiquent des mesures correspondantes prises sur le modèle avec un compas, de la pointe des cuspides buccales à celle des biscupides et à partir du sommet des cuspides mésio-buccales des molaires. Elles correspondent exactement, et si notre arcade est idéale, les modèles présentent non seulement une occlusion parfaite, mais une arcade exactement formée d'après les largeurs des dents. Le sujet sur lequel ces moulages ont été pris a un tempérament lymphatique.

La figure 7 représente des moulages d'un sujet nerveux. L'occlusion n'est pas parfaite du côté droit, la première molaire inférieure ayant été extraite et l'espace fermé. La figure 8 montre la forme de l'arcade et un diagramme des dents supérieures établi d'après les mêmes données que précédemment. Cette arcade est en tous ses points essentiels conforme au diagramme, bien qu'il y ait des divergences. Les cuspides buccales des premières molaires sont tournées légèrement en dehors et l'arcade sur la ligne des premières bicuspides est un peu étroite, sans doute à cause du changement survenu après l'extraction. Cependant c'est une arcade qui serait généralement considérée comme extraordinairement bien développée.

La figure 9 présente le côté gauche d'un crâne avec une bonne occlusion. La forme de l'arcade est presque parfaite, comme dans la figure 10.

Considérons maintenant des divergences. D'abord le côté gauche d'un crâne à bonne occlusion (fig. 11) et la forme de l'arcade (fig. 12) avec un diagramme à côté. Elle est trop étroite, les lignes de mesure étant trop courtes dans chaque dent.

Voici maintenant la vue occlusale de ces deux crânes rapprochés. Les largeurs combinées des trois dents du n° 2, l'arcade étroite, sont 3/4 de millimètre plus larges que celles du n° 1 et rendent la base du triangle sur lequel l'arcade est tracée 6 ^{mm} plus longue. Les bases de ces triangles mesurées sur leurs crânes respectifs vont du centre au centre de la cavité glénoïde comme l'indiquent les marques noires des photographies. Je n'ai pu examiner d'autres crânes, mais dans ces deux cas la détermination du triangle, sur lequel les dents doivent être arrangées, a aussi déterminé la distance du centre au



centre de la cavité glénoïde. L'ouverture postérieure des fosses nasales dans l'arcade étroite est beaucoup plus petite que dans le cas normal.

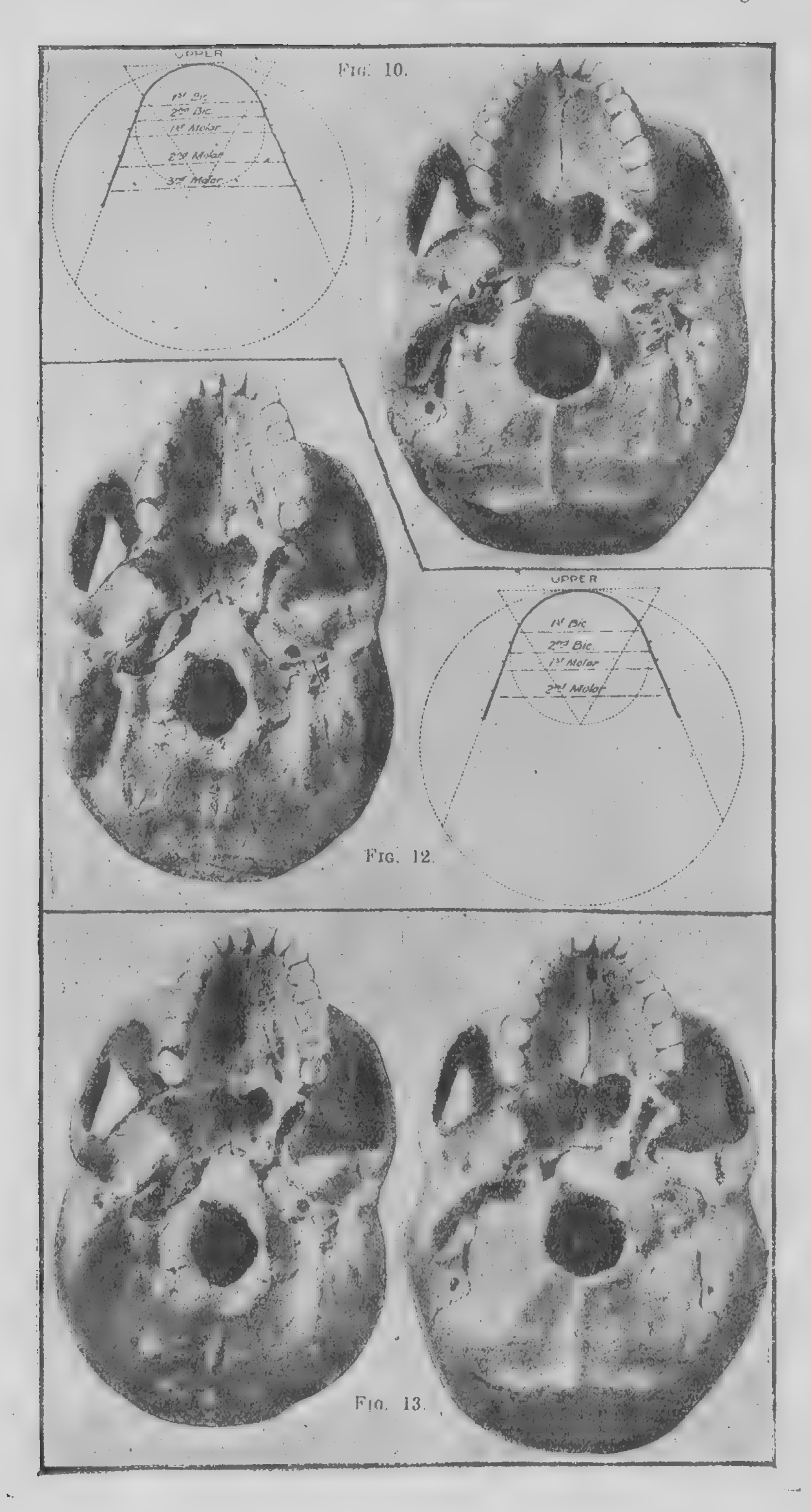


Fig. 10.

Fig. 12.

Fig. 13.

La figure 14 représente les dents d'un homme plus que mûr, avec une occlusion parfaite et une denture remarquablement bien développée.

La figure 15 est la vue occlusale avec diagramme. Cette arcade a 7 mm de largeur de trop aux premières molaires, ce qui est peu fréquent et le seul cas que j'ai vu où les deux arcades étaient trop larges. Le diagramme précise l'irrégularité. Les premières bicuspides ont une position exacte, la largeur entre les canines est trop étroite et en arrière des premières bicuspides elle est trop grande. Si ce cas était à traiter, le mouvement exigé est bien indiqué.

La figure 16 représente les dents d'une petite fille de 14 ans avec bonne occlusion, quoique l'éruption ne fût pas complète. Mais l'arcade est trop étroite (fig. 17) et quelques dents sont en malposition.

Pour illustrer l'application de la méthode à la pratique, voici quatre cas :

La figure 18 représente le premier cas avant correction, qui n'a pas de difficulté particulière, mais sert à montrer l'exactitude de la méthode.

La figure 19, le cas après correction ; la figure 20, la vue occlusale avant et après correction avec un diagramme de l'arcade idéale faite au début de l'opération. Les mesures des lignes traversant les molaires et les bicuspides sont prises sur le cas corrigé. Dans ce cas seulement le squelette de l'arcade fut fait ; dans les autres j'ai ramené les dents en dedans pour donner un aspect plus naturel et pour permettre de prendre les mesures à partir des cuspides linguales ou de toute autre partie de la dent la plus commode. Le diagramme indique qu'une expansion de 6 mm était nécessaire dans la région molaire. Si l'arcade a besoin d'être allongée, le mouvement nécessaire et son progrès peuvent être montrés en mesurant d'un point des molaires aux dents antérieures.

Les figures 21 à 23 représentent le deuxième avant et après correction avec la vue occlusale des arcades et du diagramme. L'expansion fut de 4 mm. Dans ce cas et le précédent l'expansion nécessaire n'est pas grande et l'on peut aisément commettre l'erreur de ne pas agrandir du tout. La largeur de la dernière arcade est habituellement grande quand elle est complète, car la distance de crête à crête de la cuspide mésio-buccale des premières molaires est de 56 mm. Les moulages de tous les cas finis furent pris en même temps, avant la mise en position des dents.

Le cas suivant (fig. 24 à 26) montre un mouvement plus étendu. Grande contraction des arcades, les molaires des deux côtés sont en occlusion correcte, mais l'absence d'éruption de la deuxième bicuspide a permis à l'arcade inférieure de se raccourcir, la première bi-

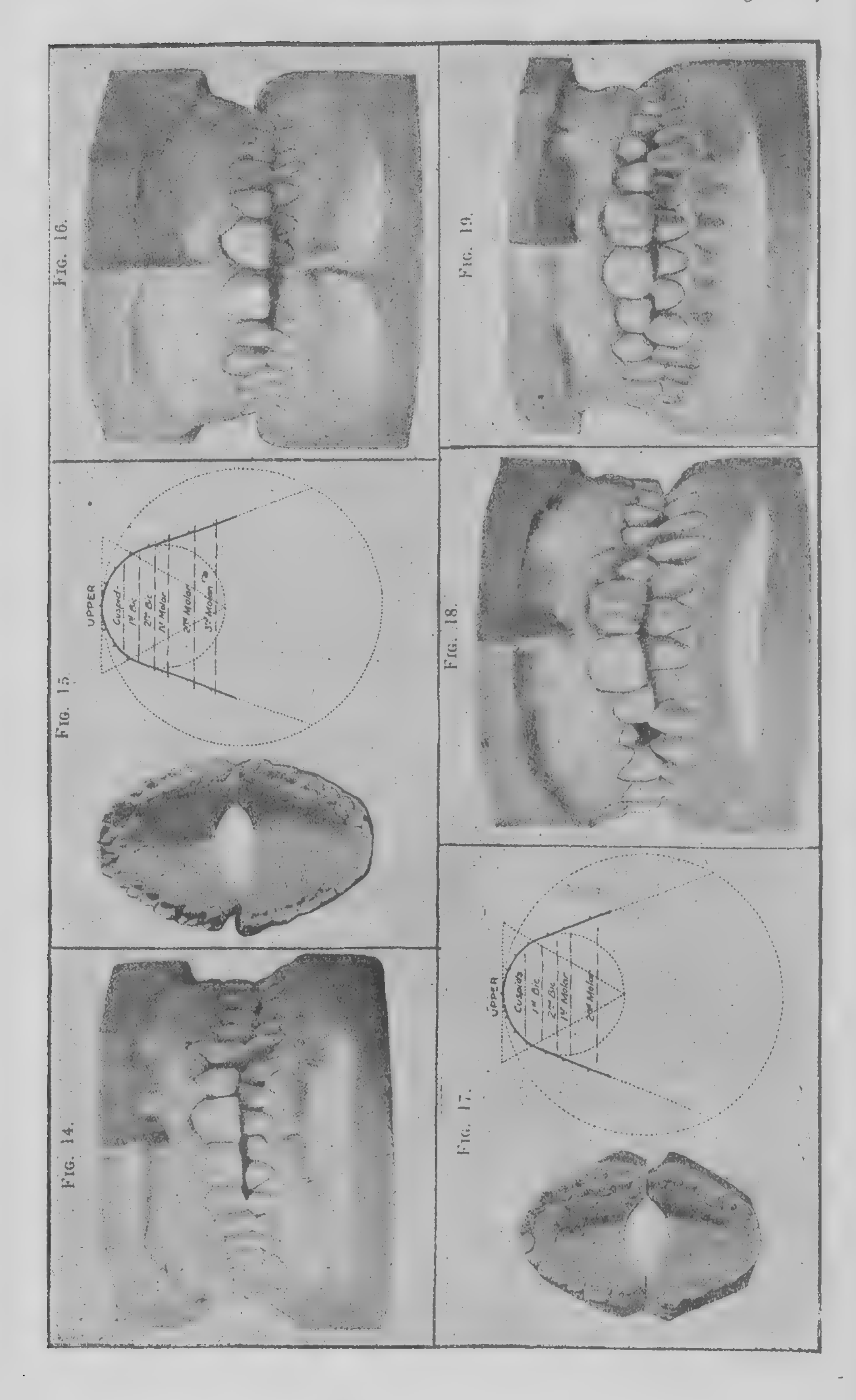


Fig. 14. Fig. 15. Fig. 16. Fig. 17. Fig. 18. Fig. 19.

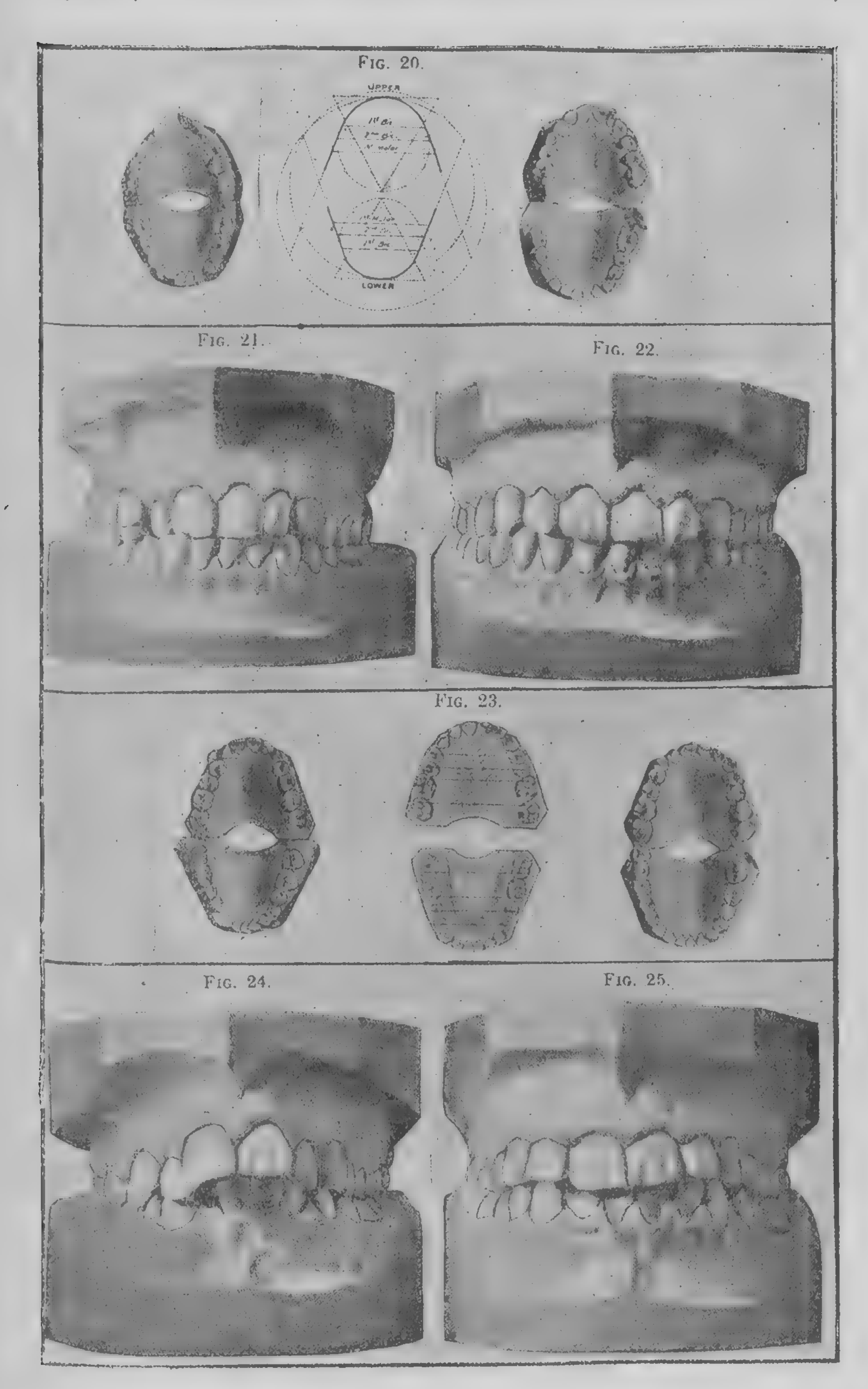


Fig. 20.

Fig. 21.

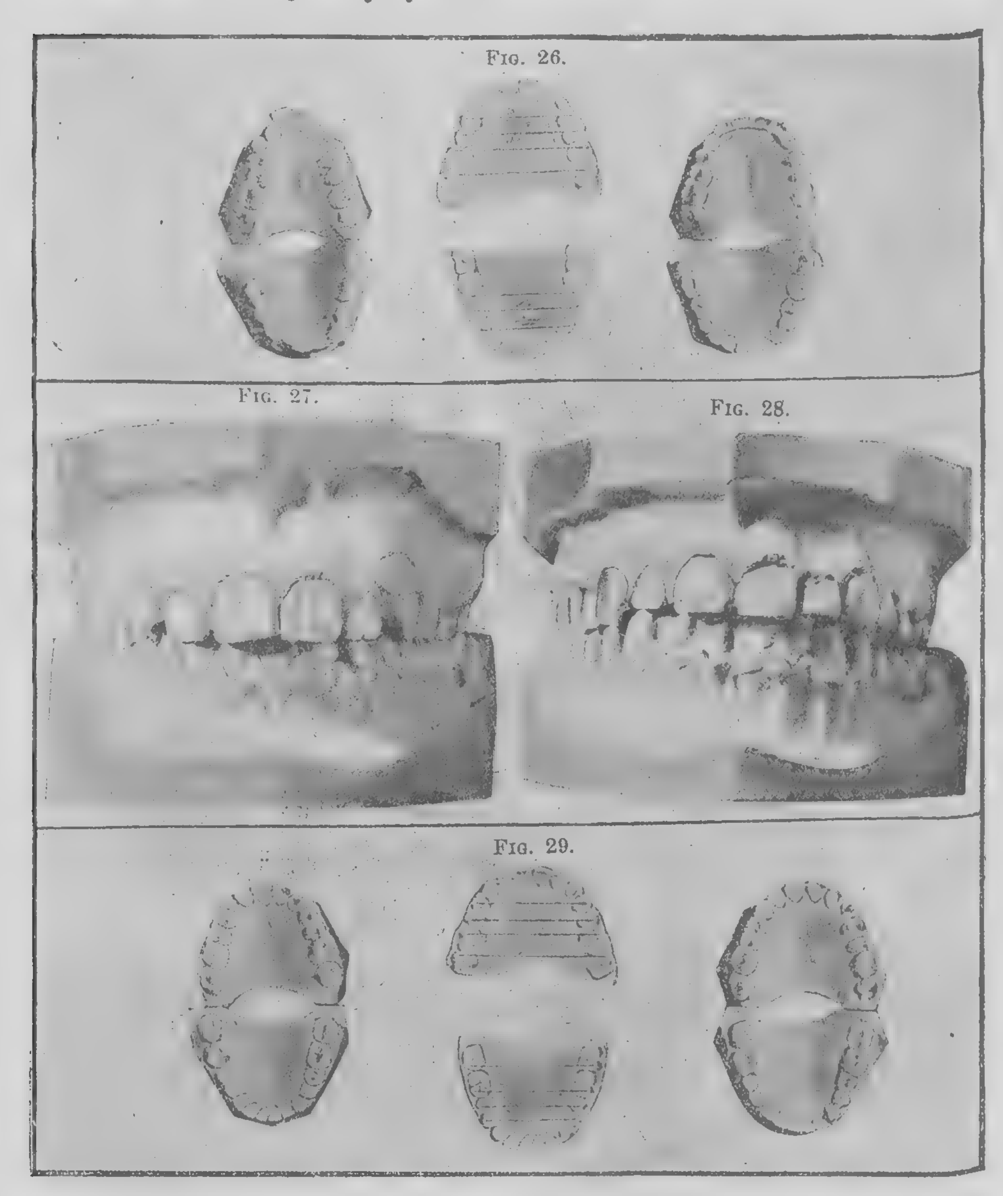
Fig. 22.

Fig. 23.

Fig. 24.

Fig. 25.

cuspide gauche remontant sur l'occlusion distale. En corrigeant, le diagramme me donna non seulement la largeur normale des arcades, mais aussi la longueur propre de l'inférieure.


Fig. 26.
Fig. 27.
Fig. 28.
Fig. 29.

Dans le quatrième cas (fig. 27) l'espace destiné à la canine gauche était complètement fermé et le maxillaire inférieur refoulé dans une position distale à la normale, les dents étant en occlusion bout à bout. L'espace fut ouvert en amenant les incisives en avant et mésia-

lement de ce côté avec le résultat indiqué figure 28. La vue occlusale montre que la forme de l'arcade était bonne. La question qui se posait était celle-ci : quelle doit être la largeur de l'arcade pour laisser place à une dent de plus ? La figure 29 indique à la fois le degré de l'expansion et de l'allongement et le mouvement fut exécuté avec exactitude et précision.

Il n'est pas nécessaire, pour apprécier la valeur de cette méthode, de soutenir que la largeur totale de l'arcade indiquée doit toujours être obtenue ou qu'on doit suivre des règles rigoureuses. Certaines circonstances peuvent justifier un arrêt avant l'expansion totale, mais dans tous les cas il faut connaître la forme exacte de l'arcade normale et alors on peut faire des variations suivant le jugement de l'opérateur. En cas de dents déformées, la dimension de l'arcade supérieure peut être déterminée d'après l'inférieure, car il est rare de trouver une difformité semblable dans les deux arcades.

La valeur de cette méthode pour le diagnostic est évidente et n'a guère besoin d'être démontrée. Elle fournit une base sûre pour l'étude de tous les cas. En particulier l'opérateur jeune et l'étudiant doivent la suivre jusqu'à ce que la forme normale de l'arcade soit solidement et minutieusement fixée dans l'esprit. Même quand elle est ainsi établie, il est difficile de juger quand les appareils sont placés ; mais on peut prendre des mesures aisément et faire des comparaisons qui donneront l'état exact.

(Dental Cosmos.)

HYGIÈNE

DISCOURS DE M. BRYAN

Président de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics, de la Fédération dentaire internationale.

F. D. I. Session de Genève, 1906.

En vous souhaitant la bienvenue, Messieurs les membres de la Commission, je dois vous exprimer les sentiments d'hospitalité de la Fraternité dentaire Suisse et vous déclarer que tout a été prévu pour votre commodité, votre instruction et votre agrément, trois choses que ce pays de congrès internationaux s'entend si bien à assurer, et vous dire que les efforts du distingué président de la Société odontologique suisse, M. Guye, ont été inlassables.

La tâche de notre Commission devrait être la plus ardue et la plus utile à l'humanité parmi toutes les Commissions de la F. D. I. et devrait être facilitée par tous les membres de cette grande Fédération. La tâche de soigner et de traiter les pauvres devrait toucher tout homme animé de sentiments humains et charitables et intéresser non seulement le dentiste, mais tout cœur humain. Tous nous regrettons qu'il y ait tant à faire au point de vue dentaire dans le monde, qu'il y ait relativement si peu de dentistes pour le faire et, qui pis est, qu'il y en ait si peu pour en faire cas. Il ne s'agit pas de ce que peuvent faire de nombreux dentistes pour donner des soins complets et consciencieux à quelques favorisés de la fortune, mais il s'agit de savoir où sont ceux qui sont disposés à travailler pour les millions d'êtres humains nécessiteux qui n'ont ni le temps ni les moyens de se faire soigner les dents, même s'ils en ont envie. A ma clinique dentaire de Bâle j'ai constaté que le public n'est pas préparé à la dentisterie conservatrice, c'est-à-dire que les domestiques, les ouvriers et les classes inférieures venaient uniquement pour être soulagés de leurs maux actuels, et quand même les opérations seraient gratuites, ils ne laisseraient pas traiter d'ordinaire les dents qui ne les incommodent pas et ne leur font pas mal à ce moment. Si les soins dentaires étaient donnés gratuitement par l'État, je suis convaincu que très peu de gens de la classe pauvre demanderaient des soins conservateurs. Ou la douleur que causent les opérations dentaires suffit à effrayer les ignorants, ou ils n'apprécient pas la valeur des dents en bon état, car dès l'enfance ils n'en ont jamais eu en bon état. Ceux qui fréquentent les campagnards dans les régions agricoles suisses disent que ceux-ci ne demandent jamais de soins conservateurs, demandent seulement d'ordinaire qu'on leur enlève des dents et les font bien rarement remplacer par des dents artificielles. Et il n'en est

pas ainsi seulement en Suisse, mais dans bien des pays, d'après ce que m'ont dit des membres de la F. D. I. venant de toutes les parties du monde. J'espère donc que vous discuterez soigneusement la première question portée sur le programme de notre réunion : « Comment parvenir à intéresser et à instruire le public en hygiène dentaire ? »

Avant que le dentiste puisse commencer la dentisterie conservatrice pour les nécessiteux, il y a beaucoup à faire pour instruire la classe pauvre des soins qu'elle a à donner à ses dents. Donner nos soins délicats et compliqués à des patients dépourvus d'habitude de propreté dentaire serait une charité mal inspirée, et, avant que nous puissions aider cette classe, elle doit apprendre ses propres devoirs envers elle et, à mon avis, nos efforts doivent être dirigés presque entièrement sur la génération à venir. La tâche qui nous incombe est tellement considérable, les moyens dont nous disposons sont si limités et les praticiens qui s'y livrent sont si peu nombreux que nous devons nous contenter de commencer modestement et être satisfaits si dans quelques années nous pouvons établir dans chaque grande ville du monde une clinique dentaire scolaire, pour les jeunes enfants de la prochaine génération. Il y a un commencement déjà dans cette voie dans divers pays ; peut-être les plus belles créations ont-elles été réalisées et le sol a-t-il été le mieux préparé pour cette tâche considérable qui consiste à élever les enfants dans la voie qu'ils doivent suivre dans ce grand pays de progrès qu'est l'Allemagne. Là nous voyons Strasbourg en tête avec ses trésors d'expérience en matière expérimentale et l'homme qui a fait œuvre de pionnier avec tant de succès, le professeur Jessen, est parmi nous aujourd'hui et nous donnera des renseignements très précieux et les résultats de son travail et de son expérience. Nous emporterons certainement tous chez nous, après avoir entendu sa communication d'aujourd'hui, de précieux conseils pour nous guider dans la création de cliniques dentaires dans les diverses parties du monde. Le professeur Jessen est sans doute le plus capable de répondre à notre seconde question : « Comment traiter les enfants des écoles pour leur assurer une dentition utile pendant toute la vie ? [1] »

Il est beaucoup de praticiens, soit ici, soit ailleurs, qui sympathisent avec nous, qui ont beaucoup pensé à cette question, qui est en réalité capitale. Je suis fort déçu de ne pouvoir vous exposer les idées et les propositions du bureau et des membres de votre Commission dans les divers pays, mais mon appel par circulaire à ces membres n'a provoqué, avant cette réunion, ni renseignements, ni communications susceptibles de me servir de guide et d'aide en vous adressant la parole. Il y a cependant quelques considérations émanant de divers pays qui doivent être formulées par les délégués eux-mêmes et avec

1. V. *Odontologie* du 15 juillet 1906, p. 5 : La perte des dents des élèves des écoles publiques et la lutte entreprise contre elle, par le prof. Jessen.

tous les travailleurs sérieux qui m'entourent il y aura bientôt une aurore nouvelle pour les services dentaires publics dans toutes les nations civilisées du globe. Travaillons ardemment et que chaque délégué commence dans son pays à intéresser le public aux cliniques dentaires publiques.

Montrons ce qui a été fait dans d'autres villes, présentons la statistique du travail déjà exécuté, stimulons l'esprit national et local à entreprendre une œuvre charitable semblable et contribuons généreusement par des fonds, mais surtout éveillons, par l'intermédiaire de nos sociétés dentaires locales, l'intérêt du public et apprenons à celui-ci à apprécier ce qu'il est désirable d'accomplir. Notre rôle ici, à la Commission, et en réalité le rôle de la Fédération sont consultatifs et le travail véritable doit être fait par les Sociétés dentaires dans les différents pays et nous avons le devoir, comme membres de la Commission, de veiller à ce que nos Sociétés nationales et locales prennent les mesures nécessaires pour soumettre les résultats de nos discussions et les conclusions adoptées par les délégués de tous les pays réunis ici et travaillant dans l'intérêt de l'humanité, sans préjugés de nations ou de localités, à leurs Gouvernements et à d'autres corps qui se chargent d'agir dans l'intérêt des pauvres qui souffrent. Nous pourrons convaincre les fonctionnaires les plus sceptiques et les plus économes qu'il est de l'intérêt national et de l'intérêt de la santé publique que les dents de la génération à venir soient examinées avec soin et que les cliniques publiques destinées aux soins dentaires soient généreusement subventionnées, bien organisées et munies de tout l'arsenal opératoire, et que les soins soient donnés par des chirurgiens-dentistes très instruits et non par des étudiants ou des gens qui n'aient pas reçu l'enseignement professionnel dans des écoles dentaires ou des sections dentaires d'université. Nous devrions pouvoir les convaincre que cette tâche a plus d'importance que la vaccination ou toute autre mesure prophylactique ou hygiénique déjà entreprise sous la surveillance du Gouvernement pour le bien public. L'argent dépensé à assurer des bouches saines à la génération future et à inculquer au public les principes de l'hygiène dentaire personnelle sera compensé par une économie dix fois plus grande sur les hôpitaux et autres établissements sanitaires où les maladies traitées peuvent dans une forte proportion être imputées directement à la mauvaise nutrition, à l'infection, à une assimilation défectueuse, à des désordres nerveux et autres provenant directement de dentures défectueuses.

Tous les pays ont reconnu qu'ils ont le devoir de soigner les malades pauvres et dépensent des millions pour traiter les effets des maladies qui, dans bien des cas, proviennent de mauvaises dents et de bouches malades, tandis que si des milliers de francs étaient dépensés pour ces bouches dès le jeune âge, ces maladies seraient évitées et

es services que rendent des milliers de citoyens en seraient notablement accrus, sans parler de l'absence de douleurs dentaires.

Les hommes les plus qualifiés sont d'avis que l'argent dépensé dans des cliniques dentaires scolaires par le Gouvernement est le meilleur placement à faire pour la santé du peuple et que le traitement dentaire dans l'âge tendre prévient plus de maladies dans un âge plus avancé que toute mesure prophylactique prise par les Gouvernements.

Présentons donc ces faits à nos Gouvernements respectifs et recommandons-leur une action précoce et l'essai des cliniques dentaires scolaires pour les écoles communales, comme le commencement le plus sage de cette grande tâche à accomplir. L'école, dès le jeune âge, est le seul endroit où l'on peut commencer cette tâche, et, en présence des résultats obtenus elle pourra être étendue graduellement. Ne faisons pour le moment que cette besogne préliminaire, qui, avec l'indifférence gouvernementale et l'ignorance publique actuelles de la nécessité criante de cette branche longtemps négligée de l'hygiène publique, est tout ce que nous pouvons espérer ou accomplir.

Notre troisième question « Comment traiter les nécessiteux ? » ne peut être résolue qu'en soulageant leurs souffrances actuelles le plus rapidement possible dans nos cliniques privées ou en obtenant la nomination de dentistes dans les hôpitaux ou en demandant un dispensaire dentaire dans chaque hôpital public où les malades non alités et les convalescents peuvent recevoir le traitement conservateur et avoir leur bouche mise en état avant de quitter ces établissements comme guéris et préparés à reprendre leurs occupations. Insistons par nos sociétés dentaires locales pour que cette mesure soit prise et cette première mesure répandra les premières semences dans le meilleur sol.

La distribution gratuite de brosses à dents dans les écoles et l'examen des dents des écoliers ont été si complètement discutés et si unanimement approuvés par la F. D. I. que les avantages de ces mesures préventives peuvent être considérés comme établis.

La publication et la distribution d'une brochure sur l'hygiène dentaire par les sociétés dentaires nationales ou sous la surveillance de la F. D. I. devraient occuper votre attention aussi bien que l'élaboration d'un plan de travail défini pour la Commission. Maintenant que nous allons avoir des réunions annuelles régulières, il faut organiser notre travail de façon que les résultats de nos conférences et la conclusion à adopter portent des fruits dans les divers pays dont les délégués assistent à cette session, mais ce n'est que par eux que nous pourrons aboutir aux résultats que la F. D. I. s'efforce d'obtenir, et mon dernier mot sera un appel à employer tous nos efforts personnels dans notre pays, pour que le travail accompli ici ne reste pas lettre morte dans les archives de la Fédération.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

Odontologistes et Stomatologistes

L'ENVERS D'UN BEAU GESTE OU LES DESSOUS D'UNE RÉFORME[1]

Sous ce titre, dans la Revue de Stomatologie *de janvier, M. le Dr Jules Ferrier, dentiste des hôpitaux, vient de publier un article que regretteront, j'en suis sûr, tous nos confrères pour qui la loyauté, la dignité, la courtoisie même envers des adversaires sont de rigueur. Certes, nous avons une longue expérience des polémiques et notre épiderme a perdu sa sensibilité, mais il nous faut avouer la stupeur éprouvée à la lecture de ce factum violent, injurieux, injuste qui pour prouver que la thèse de la médecine intégrale est supérieure pour le chirurgien-dentiste à celle de la dentisterie complète voudrait démontrer que nous sommes de prestigieux bluffeurs qui dupent à la fois le Conseil de l'Assistance publique et celui de l'Instruction publique.*

Hier ce même confrère signait une circulaire dans laquelle on affirmait que le doctorat en médecine seul garantissait la dignité *du praticien, et où l'on parlait de libéralisme, de porte ouverte à tous ! Aujourd'hui son animosité de sectaire le conduit jusqu'à des attaques injurieuses envers ses confrères ! Cela nous étonne de lui.*

Serions-nous en présence de nouvelles règles de la déontologie stomatologique qu'inaugurera le prochain Congrès ? Et certains docteurs stomatologistes seraient-ils jaloux des lauriers que tentèrent de cueillir deux

---

1. Voir *L'envers d'un beau geste et les dessous d'une réforme*, par Jules Ferrier, *Revue de Stomatologie*, janvier 1907.

ou trois chirurgiens-dentistes dans le champ trop facile à cultiver de l'insolence et de la calomnie?

J'aime mieux espérer pour M. Ferrier que son article est une triste exception d'un genre que l'on doit souhaiter voir disparaître des polémiques professionnelles sérieuses.

Si je ramasse, au cours de cette réponse, quelques échantillons de sa prose, comme bluff *plusieurs fois répété,* farce, ironique cruauté, parader sur le dos des indigents, chantier d'apprentissage, mannequin, *etc., c'est afin que les lecteurs soient juges.*

Relever la prétention de ce stomatologiste de morigéner les pouvoirs publics est besogne fastidieuse; le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et le Conseil supérieur de l'Instruction publique, qu'il traite de haut et qu'il prétend être les victimes de notre bluff, n'ont pas besoin de notre défense.

D'ailleurs on se sent désarmé devant certaines incohérences. Il raille ceux qui aspirent à se dévouer officiellement, *lui qui est dentiste d'hôpital... nommé sans concours, et qui termine son article en sollicitant pour lui... ou quelqu'un des siens une place au Conseil de surveillance des Hôpitaux, une place au Conseil supérieur de l'Instruction publique. Il appelle notre dispensaire dentaire* un chantier d'apprentissage : *mais où donc M. Ferrier étudiant en médecine a-t-il appris son métier de médecin, sinon dans les chantiers d'apprentissage que sont les hôpitaux et cliniques? J'ajouterais volontiers : où a-t-il appris son métier de dentiste ?... mais je crains que la question ne soit trop indiscrète.*

Voudrait-il nous dire où il a trouvé cette affirmation que, dans les écoles dentaires nous trouvions que le niveau de l'enseignement médical était réputé trop élevé? *Il ne peut ignorer tout ce que nous avons volontairement fait pour élever ce niveau médical à un degré conforme au but final d'instruction spéciale du dentiste en*

créant pour nos élèves l'enseignement de la dissection à Clamart, celui des cliniques hospitalières de médecine et de chirurgie à Lariboisière, à Boucicaut, etc., sans compter les cours scientifiques et médicaux qui se font dans nos Écoles. Aussi lui a-t-il fallu inventer cette affirmation contraire à nos idées et à nos actes.

Et plus loin : « On nous a dit : les écoles n'ont pas assez de malades. » *Un critique respectueux de la vérité aurait lu les statistiques publiées chaque année ; M. Ferrier aurait vu que le nombre des malades soignés à notre dispensaire a toujours été croissant et qu'il atteint pour l'année dernière le chiffre respectable de près de 50.000. Mais alors cela n'aurait pas permis l'insinuation suivante :* « Serait-on mal soigné dans ces écoles ? Il pourrait y avoir un peu de ça. » *M. Ferrier n'ose pas soutenir nettement son insinuation et commet ainsi une double inconvenance. C'est alors que pour s'étourdir il lance les gros mots :* « chantier d'apprentissage », *le malade* « anima vilis » « mannequin » *sur lequel s'exercent les élèves.*

M. Ferrier assurément savait en naissant l'art de pratiquer les multiples opérations dentaires, et les premiers malades qui subirent son davier ne furent pas pour lui des mannequins. *Mais tous les autres étudiants en médecine, qui, dans les services dentaires hospitaliers, vont chercher les lamentables débris d'art dentaire qu'on y rencontre, n'ont-ils pas pour mannequins les malheureux malades ! Les aigles à la Ferrier qui n'ont pas eu besoin de* chantier d'apprentissage *sont très rares.*

Il nous faut apprendre à M. Ferrier, qui feint de l'ignorer, ce qui fait la supériorité de notre dispensaire dentaire, sur sa clinique d'hôpital, au point de vue de la sécurité du malade. A l'École jamais un élève n'est admis à donner quelques soins à un malade, n'est admis à extraire une dent s'il n'a pendant plusieurs mois déjà suivi les travaux préparatoires et pra-

tiqué une série de manœuvres, d'extractions et autres opérations de chirurgie dentaire et de dentisterie opératoire sur le fantôme, appareil mannequin *au sens propre du mot et non sur le* malade mannequin *comme le font les apprentis stomatologistes dans le service dentaire de M. Ferrier et de ses collègues des hôpitaux. Tout le monde sait que cet enseignement préparatoire s'est répandu dans la plupart des écoles dentaires sérieuses. A l'École dentaire de Paris cette préparation est l'objet d'un examen spécial, qui seul donne droit à l'élève de traiter les malades de notre dispensaire. De plus, les malades ne sont confiés à l'élève que par un professeur ou un chef de clinique qui tient compte des aptitudes et de la science déjà acquise. Le traitement de ces malades est constamment surveillé ou par les professeurs ou par les démonstrateurs permanents (il y en a chaque jour un par groupe de 15 ou 20 élèves).*

Je n'aurai pas la cruauté d'écrire ce qui se passe à l'hôpital dans le service dentaire. Tout le monde le sait; des rapports et mémoires officiels nous ont d'ailleurs bien renseigné.

Je veux encore signaler une de ces insinuations dont M. Ferrier se fait une spécialité. Nous aurions réussi à nous faire retirer la fonction d'examinateurs « pour des raisons qu'il doit être facile de retrouver dans les cartons du ministère ». *Je mets au défi M. Ferrier de nous donner ces raisons : elles seraient le plus éclatant hommage rendu à notre fidélité à nos idées, à notre vouloir d'indépendance et d'évolution autonome pour l'enseignement et nos écoles dentaires, et montreraient que nous avons placé ces satisfactions morales et ces aspirations professionnelles bien au-dessus de* l'appétit de fonctions officielles *que paraît nous prêter M.Ferrier.*

Nous devrions nous en tenir là et ne pas discuter davantage un article conçu dans un tel esprit, une argumentation qui utilise de semblables procédés.

Cependant mieux vaut regarder d'un peu près les

deux ou trois arguments, sinon sérieux, au moins discutables, qui sont perdus dans ce chaos et y représentent les dogmes stomatologiques appliqués à l'Assistance publique et à l'Instruction publique.

*
* *

Les soins de dentisterie complète à l'Assistance publique ne sont qu'une « simple farce », *qu'une* « ironique cruauté », *prononce doctoralement M. Ferrier. Un coup de davier et allez donc ! C'est bien tout ce qu'il faut pour des gens que talonne la nécessité quotidienne. Si, logiquement, nous appliquions à d'autres maladies l'argument de la nécessité quotidienne, nous aboutirions à de singulières et abominables conclusions.*

Aux yeux de M. Ferrier, la bouche d'un pauvre vaut tout juste le temps qu'on s'y arrête pour la dégarnir. A nos yeux et aux yeux de l'Assistance publique, la bouche d'un pauvre vaut celle d'un riche et l'aménagement confortable de cette bouche, voire même son esthétique, ne sont pas aussi dédaignés que le pense notre contradicteur.

Nous pensons que soigner, conserver, restaurer les dents est chose excellente — nous ne nous fâchons pas lorsque M. Ferrier et ses amis nous opposent leur théorie d'arracheurs de dents : 25 extractions en moins d'une heure ! *nous disait tout récemment un de ses collègues. Pourquoi ne pas nous laisser libres d'avoir d'autres conceptions que les leurs et de les appliquer ?*

Il semblerait, à l'entendre, que nous prenons un malade de force et que nous lui imposons notre dentisterie complète, et il décrit ce qu'il voit à l'hôpital, les stations prolongées dans les salles d'attente, etc. Le patient ne fait ces stations que si cela lui plaît. On lui donne rendez-vous à heure fixe et, sauf de rares exceptions, il trouve son opérateur. S'il est absent, un des démonstrateurs présents l'opère. Il a l'avantage de pouvoir

choisir son heure pendant la journée entière et la matinée du dimanche.

Ceux qui se soumettent à ces démarches, déclare M. Ferrier, qui n'a jamais vu fonctionner notre dispensaire, ne sont pas des indigents, puisqu'ils disposent de temps et d'argent. C'est à l'Assistance Publique que je laisse le soin de relever cette accusation, puisque c'est elle qui nous envoie ces indigents...

Quant à ceux que nous avons antérieurement soignés, nos fiches de renseignements sont là pour établir l'aristocratie de nos malades aux loyers variant de 100 à 500 francs, jamais plus. Le temps dont ils disposaient pour recevoir nos soins, c'était l'instant de liberté que presque tous les domestiques ont à Paris, c'était la demi-journée ou la journée de repos de semaine ou de quinzaine des employés et ouvriers, c'était cette chose lamentable à laquelle le bon cœur philanthropique de M. Ferrier n'a pas un instant songé, le chômage qui livre à un repos forcé d'un ou de plusieurs mois la plupart des travailleurs et des ouvriers.

Pourquoi ne voulez-vous pas qu'à ces heures plus tristes nous donnions à cette clientèle qui nous intéresse, nous, non pas la satisfaction puérile d'avoir à vil prix des travaux qui leur auraient coûté fort cher ailleurs et que leurs ressources insuffisantes ne leur permettraient pas d'obtenir, mais le plaisir d'avoir une bouche au moins aussi propre que celle de certains médecins-dentistes, une mâchoire bien meublée qui leur permette de mastiquer utilement les aliments un peu durs qu'il leur faut manger ?

Arrachez toutes les dents de vos malheureux clients d'hôpital, si cela vous agrée, mais de grâce laissez-nous, si cela nous plaît, les conserver à nos malades, voire même les leur remplacer.

Et n'essayez pas une feinte indignation à propos des manœuvres inhabiles de nos élèves et de leurs travaux

défectueux. Si vous saviez ou si vous vous résigniez à venir apprendre ce qui se passe à l'École, vous constateriez que ce ne sont pas le plus souvent les appareils faits par les élèves qui sont posés, mais ceux faits par les mécaniciens et démonstrateurs spéciaux.

Que reste-t-il de vos attaques ? La constatation que l'École dentaire peut être un dispensaire, plus commode que le service dentaire de l'hôpital, toujours mieux outillé que lui, et offrant aux malades ce grand avantage introuvable à l'hôpital d'avoir à leur disposition, tous les jours, des services de dentisterie complète pour les pauvres, et des spécialistes pour chaque partie de l'art dentaire. C'est pourquoi ceux qui mettent l'intérêt général de la classe deshéritée au-dessus des conflits des coteries n'ont pas hésité à accepter nos propositions.

*
* *

Naturellement vous n'avez pas manqué d'aborder la question de la réforme du troisième examen, réforme qui paraît au fond vous inquiéter plus encore que celle obtenue à l'Assistance publique.

Vous prétendez, bien à tort, que c'est sur notre succès à l'Assistance publique que nous basons cette demande de réforme, alors que vous savez fort bien que cette réforme est à l'ordre du jour depuis que le troisième examen existe, c'est-à-dire depuis 14 ans. Nous avons dénoncé le néant de cet examen dès la première heure, au nom de notre conception de l'enseignement de la dentisterie complète, opposée à votre conception de l'enseignement de la médecine intégrale pour le chirurgien-dentiste. Peu à peu le temps nous a donné raison et ce sont des examinateurs eux-mêmes, des professeurs de la Faculté de médecine, des doyens de cette Faculté, qui ont déclaré, pour reprendre l'expression du regretté doyen Brouardel, que « de toutes manières, c'est un examen de pure apparence ».

C'est vous, stomatologistes examinateurs, qui, en jetant chaque année dans la profession pas mal de dentistes incomplets, suivant votre système, êtes parvenus à jeter le discrédit sur ces examens et sur les examinateurs.

Aujourd'hui que l'on paraît enfin disposé à instituer un examen de dentisterie opératoire et de prothèse vraiment sérieux, vous déclarez que c'est une réforme de la dernière fantaisie, que l'État n'a rien à voir avec la prothèse. Et ce sont ceux qui ont accepté d'être examinateurs de technique dentaire pendant 14 ans qui déclarent aujourd'hui qu'un examen de prothèse est inutile! La prothèse est chose sans importance pour un médecin-dentiste.

Ils en sont encore à la prothèse empirique d'autrefois ; ils ignorent ou feignent d'ignorer les progrès qui se sont réalisés dans notre technique et qui ont uni si intimement la dentisterie opératoire à la prothèse que la division en est difficile et le plus souvent arbitraire, et que maintenant, plus que jamais, pour être un dentiste complet, pour posséder la dentisterie intégrale, il faut être avant tout un bon prothésiste.

Ils paraissent ignorer que ce fut notre infériorité au point de vue du développement de l'habileté technique qui, à un moment, permit aux dentistes d'outre-mer d'acquérir chez nous de la réputation, et que ce sont nos Écoles qui, par leur enseignement technique de la dentisterie opératoire et leurs laboratoires de prothèse, sont parvenues à nous permettre de rejoindre nos confrères étrangers. Et s'il y a encore un certain nombre de nos étudiants qui vont en Amérique cultiver une partie de notre art, la faute en est à ce troisième examen et à ses examinateurs qui en ont de plus en plus réduit et abandonné toute la partie technique et ont discrédité ainsi le diplôme qui le sanctionne.

Il est donc légitime que nous demandions à l'État,

puisqu'il a créé un diplôme de chirurgien-dentiste, que le praticien qui reçoit ce diplôme soit un dentiste complet, *c'est-à-dire qu'il ait des connaissances médicales suffisantes, mais aussi qu'il soit un bon thérapeute des dents, un bon opérateur, un bon prothésiste. Le public sera satisfait et aussi tous ceux qui s'intéressent à la valeur et à la dignité du diplôme d'Etat français de chirurgien-dentiste.*

J'aurais voulu cette réponse plus courte, le contenu de votre article ne me l'a pas permis.

Votre conclusion est amusante : « Voyez-vous ces Chirurgiens-Dentistes, ils veulent des titres officiels, ils paradent sur le dos des malheureux, ce sont des ambitieux ; ne les nommez pas dentistes de l'Assistance, ni examinateurs d'État... Mais nous, les modestes, les désintéressés déjà dentistes d'hôpitaux, examinateurs d'État, faites-nous violence et nommez-nous membres du Conseil de surveillance des hôpitaux, du Conseil supérieur de l'Instruction publique ».

Pour notre part, nous n'y verrions pas d'inconvénient pourvu qu'on nommât dans ces Conseils un stomatologiste, digne représentant de la dentisterie incomplète, aussi violent, aussi partial et aussi mal renseigné sur les nécessités de l'art dentaire moderne que l'est M. le Dr Ferrier, dentiste des hôpitaux. Le bon sens des autres membres de ces Conseils suffirait pour défendre nos idées, et la cause de la dentisterie complète serait bientôt gagnée à l'Instruction publique comme elle vient de l'être à l'Assistance publique de Paris.

CH. GODON.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

M. Blatter a été élu secrétaire général par le Conseil de direction dans la séance du 5 février, en remplacement de M. G. Lemerle, dont la démission a été acceptée.

Le Conseil a exprimé à M. G. Lemerle ses regrets qu'il se trouve dans l'impossibilité de continuer, par suite d'occupations nouvelles, à remplir ses fonctions de secrétaire général et lui a voté des remerciements pour les services qu'il a rendus à l'institution.

Association générale des dentistes de France.

Le Conseil de direction de l'Association se réunira le samedi 23 février, à 8 heures 1/2 du soir, à l'Ecole, pour la nomination de son bureau et les diverses questions à l'ordre du jour.

Groupement de l'École dentaire de Paris.

Le Conseil général du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris se réunira le dimanche 24 février à 9 heures du matin à l'Ecole.

ORDRE DU JOUR.

Procès-verbal.

Correspondance.

Nomination de la Commission exécutive du Conseil général du Groupement pour 1907.

Rapport du directeur de *L'Odontologie.*

Rapport de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie.*

Nomination des fonctionnaires et du Comité de rédaction et d'administration de *L'Odontologie.*

Nomination des principaux collaborateurs de *L'Odontologie.*

Examen de l'orientation générale du Groupement pour l'année 1907.

Examen des propositions relatives aux rapports des diverses sociétés annexes du Groupement entre elles. Décisions à ce sujet.

Représentation et délégations au Congrès de Reims, à la F.D.N., au Congrès d'Amsterdam de la F. D. I., etc.

Propositions diverses.

A. F. A. S.

Le Congrès annuel organisé par l'A. F. A. S. aura lieu en 1907 à Reims du 1er au 6 août. Les confrères qui auraient des communica-

tions à faire sont priés d'en indiquer le titre dès à présent au président de la section d'odontologie, M. Francis Jean, 35, rue Tronchet.

F. D. I.

La session annuelle de la F. D. I. aura lieu en 1907 à Amsterdam les 8 et 9 août.

Nouveau groupement dentaire en Belgique.

Le premier décembre dernier un groupe se composant des principaux dentistes de la capitale s'est réuni pour s'entendre au sujet de la formation d'une nouvelle société professionnelle. Le nouveau cercle a pris le nom de *Société Belge d'Odontologie.*

Le Bureau pour l'année 1907 est composé comme suit :

MM. D. Browne, président.
L. Delapierre, vice-président.
M. Bôn, secrétaire.
A. Joachim, secrétaire adjoint.
W. Fay, trésorier.

La Société a décidé de ne s'occuper que de la partie scientifique de la profession.

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal dentaire publié en Allemagne, la *Zeitschrift für Zahnärztliche Orthopädie*, sous la direction de M. Carl Herber, de Bonn.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

Les dents des professeurs.

Le Conseil de l'instruction publique d'Angleterre a décidé que pour être professeur dans une école primaire il faudra avoir été vacciné et posséder des dents en bon état. Cette mesure ayant été prise sans que le Parlement soit intervenu, une pétition a été adressée au Conseil municipal et au Conseil local d'enseignement de Leicester pour la faire abroger. Toutefois, le Conseil local a décidé que les professeurs qui seraient entravés dans leur rôle d'instructeurs par l'état de leurs dents devront faire donner à celles-ci les soins voulus.

27e ANNÉE. N° 4 28 FÉVRIER 1907 VOL. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ECTOPIE DENTAIRE ET SUPPURATION NASALE [1]

Par J. SORDOILLET,

Interne des hôpitaux de Nancy.

En dehors des malformations dentaires attribuables à certaines constitutions morbides telles que la syphilis héréditaire, il est rare que ces altérations attirent l'attention du médecin, si elles ne paraissent pas avoir de relations évidentes avec l'affection pour laquelle le malade vient consulter.

C'est ainsi qu'en observant une suppuration nasale, dont on ne trouve pas la cause, abstraction faite, bien entendu, des infections highmoriennes, on songera rarement à établir une relation de cause à effet entre cette suppuration et l'état plus ou moins précaire du système dentaire.

Et cependant il nous semble qu'un examen plus attentif des dents, tant au point de vue des malformations congénitales qu'à celui des altérations secondaires, pourrait rendre des services pour le diagnostic étiologique des affections suppuratives du maxillaire supérieur. En effet, bon nombre de lésions qui ne paraissent avoir aucun rapport avec les altérations du système dentaire ne sont, en réalité, que les conséquences de ces altérations. Nous en trouvons constamment la preuve dans certains faits cliniques, tels que

1. Travail de la clinique d'oto-rhino-laryngologie, de l'Université de Nancy.

l'otalgie d'origine dentaire, ou certaines adénopathies à distance consécutives à une carie plus ou moins étendue. D'ailleurs quelques auteurs ont déjà attiré l'attention sur les rapports qui peuvent exister entre les lésions des dents et des affections qui en paraissent anatomiquement et morphologiquement tout à fait indépendantes.

Liambey signale une sinusite maxillaire fistulisée consécutive à un odontome ; les cas sont d'ailleurs nombreux de pareilles suppurations liées à une vulgaire carie dentaire ; mais ici les rapports de voisinage sont encore assez intimes pour éveiller l'idée d'une relation entre les deux affections.

D'autres fois, au contraire, cette relation n'est même pas entrevue et c'est alors qu'on recherche sans résultat l'étiologie de l'affection parmi les causes qui y figurent le plus souvent, en particulier les causes d'origine locale ; la véritable origine du mal n'est découverte qu'après une intervention : dans un cas de Castaneda c'est un kyste paradentaire infecté qui simule une angine de Ludwig. Willms, de Leipzig, rapporte l'observation d'un malade chez qui une ensellure nasale très prononcée était due à la perforation d'un kyste dentifère contenu dans le septum. Quelquefois il s'est agi d'obstructions nasales provoquées par l'existence d'un kyste dentifère voisin.

Nous avons précisément eu l'occasion d'observer un cas analogue dans le service de M. le professeur agrégé Jacques, et il nous a paru intéressant de le publier en raison de l'extrême difficulté du diagnostic étiologique :

M. H..., 45 ans, employé de bureau, se plaint d'une gêne de la respiration nasale du côté gauche, datant de plusieurs mois et qui s'est compliquée depuis quelques semaines d'un rejet de pus par la narine correspondante.

De temps à autre, il perçoit de ce côté une certaine fétidité ; il y a un peu plus d'un mois, un abcès a paru devoir se développer à la voûte palatine un peu à gauche de la ligne médiane, mais le phlegmon s'est résolu sans ouverture spontanée ni chirurgicale.

M. H... ne souffre pas du nez, mais quelquefois des dents,

au niveau de la canine supérieure gauche extraite depuis plusieurs mois et les douleurs intermittentes s'accompagnent de recrudescence de l'écoulement nasal. Du côté de la bouche il ne semble pas qu'aucun suintement se fasse.

A l'examen de la cavité buccale, en outre d'une rougeur générale de la muqueuse, on constate un état très défectueux du système dentaire : nombreux chicots ; au maxillaire inférieur, plusieurs dents, saines d'ailleurs, présentent une implantation vicieuse : les prémolaires, la droite en particulier, sont presque horizontalement couchées, la couronne regardant le bord de la langue où elle creuse son empreinte. Cette disposition vicieuse gêne assez la mastication pour que le malade demande la suppression des dents mal implantées.

En dedans de la première prémolaire supérieure gauche saine, le rebord alvéolaire déshabité montre un pertuis fistuleux donnant accès dans un trajet verticalement ascendant. Le stylet explorateur se heurte à 15 millimètres de profondeur environ à un cul-de-sac non dilaté fermé par une surface dure et rugueuse ; pas d'autre fistule visible du côté de la bouche. Pas de tuméfaction sensible du maxillaire, au niveau de la fosse canine ; léger épaississement au point correspondant de la voûte palatine. Les incisives supérieures gauches existent, mais cariées et mobiles.

La rhinoscopie antérieure permet de reconnaître sur le plancher nasal, à gauche, à une profondeur de 20 millimètres environ à partir de la commissure postérieure, un bourrelet muqueux, bourgeonnant, friable, saignant au contact, baigné de pus crémeux, et perméable au stylet recourbé en bas. La cavité dans laquelle il donne accès est manifestement la même que celle dans laquelle on accède par la fistule buccale. Toutefois l'exploration, qui en est très douloureuse par voie nasale, ne permet pas qu'on y insiste. Rien d'anormal dans le méat moyen. A la diaphanoscopie, d'ailleurs, tous les sinus se montrent normalement perméables aux rayons lumineux ; la région canine gauche est plutôt obscure.

L'ensemble de ces signes permet d'éliminer l'hypothèse

d'une sinusite fistulisée, ainsi que celle d'un kyste paradentaire infecté. Il s'agit manifestement d'un foyer d'ostéite avec séquestration probable, dont rien dans les commémoratifs ne permet de soupçonner l'origine spécifique. Il s'agit, suivant toute vraisemblance, d'une lésion purement dentaire.

Dans ces conditions l'intervention chirurgicale s'imposait et fut pratiquée sous chloroforme en août 1905.

Sous le chloroforme, après avulsion des chicots et notamment des incisives supérieures gauches, ainsi que des deux prémolaires les plus mal implantées, la fibro-muqueuse palatine est incisée au niveau du bord alvéolaire depuis la ligne médiane jusqu'à la première prémolaire. Elle est décollée d'avant en arrière et découvre un foyer d'ostéite correspondant à la paroi postérieure de l'alvéole de la canine.

Cette lame osseuse altérée est réséquée à la pince. La cavité alvéolaire fongueuse est curetée, puis la résection est étendue à la table antérieure également ramollie et fongueuse du maxillaire, dans la région des alvéoles des incisives et de la canine. Par cette large brèche apparaît, tout près de la ligne médiane, au voisinage immédiat de l'alvéole de la grande incisive, la couronne d'une dent d'ailleurs saine. Celle-ci, dégagée par un évidement suffisant, n'est autre qu'une canine horizontalement couchée dans l'épaisseur du maxillaire à la base de la branche montante. La couronne, tournée en avant, est sous-jacente au plancher nasal, la racine dirigée en arrière pénètre dans le sinus maxillaire au niveau de l'angle formé par les parois nasale et génienne et en soulève la muqueuse, le bord latéral droit de la dent ectopique est tourné vers le haut. L'organe anormal est inclus dans une cavité à parois lisses, laissant autour de lui un espace libre annulaire de quelques millimètres. C'est au niveau de son extrémité antéro-interne que ce kyste purulent dentigère a fait effraction sous le plancher du nez ; la fistule qui le met en communication avec la cavité nasale est large de près d'un centimètre, mais encombrée de fongosités extrêmement saignantes. L'opération consista, après libération et extraction de la

dent, dans un curetage minutieux des fongosités et points osseux malades, puis la muqueuse buccale fut entièrement réunie par suture et la cavité osseuse restante cautérisée au chlorure de zinc et tamponnée avec une mèche iodoformée ressortant par la narine de façon à assurer un drainage nasal persistant. La mèche fut retirée deux jours plus tard et la guérison obtenue sans complication autre qu'un rétrécissement un peu hâtif de l'orifice opératoire du plancher nasal, ce qui nécessita quelques cautérisations chromiques et quelques irrigations de la cavité opératoire par le nez.

On voit, par l'exposé de cette observation, que les symptômes constatés ne pouvaient suffire à établir un diagnostic étiologique précis. Lésion dentaire, avait-on conclu. Mais pourquoi attribuer à des dents cariées ce foyer purulent situé dans le nez ou du moins au tout proche voisinage de cette cavité, alors qu'il eût été naturel de faire intervenir une de ces lésions inflammatoires ou néoplasiques qui provoquent assez souvent des fistules analogues à celle constatée chez notre malade? Un simple corps étranger n'était-il pas capable de provoquer les symptômes observés? Pourquoi ne pas envisager l'hypothèse d'une sinusite, d'un kyste paradentaire? D'autre part, ne pouvait-on craindre une tumeur maligne ayant ulcéré le plancher nasal?

Si la présence de bourgeons saignants à l'entrée du méat inférieur, l'obstruction du nez et le jetage purulent fétide unilatéral rappelaient assez exactement le tableau symptomatique d'un corps étranger de la fosse nasale, il est bien certain que, seule, la constatation d'une fistule verticale sur le plancher suffisait à faire rejeter ce diagnostic.

La gêne de la respiration nasale, les douleurs dentaires, l'écoulement purulent fétide dont se plaignait le malade étaient certes des arguments en faveur d'une sinusite maxillaire fistulisée, mais l'examen objectif ne permettait pas de conclure dans ce sens. En effet, le méat moyen, parfaitement libre, ne présentait pas à l'examen direct cette traînée blanchâtre de pus crémeux si caractéristique, qui ne fait presque jamais défaut dans les suppurations de l'antre

d'Highmore ; d'autre part, il faut reconnaître que le siège de la fistule nasale et surtout sa direction n'étaient pas tels qu'on est habitué à les rencontrer en cas de sinusite maxillaire ; seule la fistule buccale aurait pu induire en erreur ; or le stylet introduit par cette voie n'arrivait pas dans le sinus mais dans une cavité située sous le plancher nasal. Enfin la translumination, en montrant la perméabilité complète des cavités osseuses de la face, venait confirmer l'intégrité du sinus maxillaire, si bien qu'on ne jugea même pas nécessaire de pratiquer une ponction exploratrice.

L'existence d'un kyste paradentaire n'était démontrée par aucun des signes habituels de cette affection, autre que la fistule buccale. On ne trouvait en effet ni tuméfaction de la fosse canine, ni crépitation parcheminée ; la paroi osseuse paraissait absolument normale. Toutefois on pouvait soupçonner un kyste de volume réduit qui, au lieu de se développer concentriquement et de soulever la table externe du maxillaire, n'aurait pris d'extension que dans le sens antéro-postérieur, se dérobant ainsi aux moyens d'investigation habituels. Mais ce qui fit rejeter cette hypothèse ce fut la fistule intra-nasale.

Comment admettre, en effet, que ce kyste, même infecté, se fût fistulisé spontanément et vers le haut, alors que dans 26 observations de kystes paradentaires suppurés ou non, recueillies au service, nous n'avons jamais vu la fistulisation se produire sans le secours d'une intervention opératoire telle qu'incision de la poche ou extraction d'une dent en rapport avec le kyste ?

La déformation à peine sensible de la région, les douleurs peu violentes, la marche relativement lente de l'affection et le bon état général ne permettaient guère de penser à une tumeur maligne développée sous le plancher du nez.

Restait donc l'hypothèse d'un foyer d'ostéite né dans l'épaisseur du maxillaire, hypothèse fort plausible d'ailleurs, mais qui demandait, pour être confirmée, l'existence d'un facteur étiologique capable d'avoir pu produire l'ostéite en question. Or on n'avait aucune raison légitime de soupçon-

ner la syphilis, car ni l'interrogatoire ni l'examen du malade n'en avaient révélé la moindre atteinte. Quant à la tuberculose et à l'actinomycose rien dans l'anamnèse ni dans l'aspect des lésions n'autorisait à les faire intervenir comme cause des désordres constatés.

Pour ces motifs, on avait dû admettre une lésion osseuse d'ordre purement inflammatoire provoquée par le mauvais état du système dentaire et en particulier des incisives voisines de la fistule buccale ; cette ostéite s'étendant de proche en proche avait creusé le maxillaire et fini pas se fistuliser à la fois dans la fosse nasale et dans la bouche.

Le fait est exceptionnel, mais tout récemment encore nous avons pu en observer un exemple au maxillaire inférieur, où une périodontite apiculaire d'une incisive médiane avait provoqué une double fistule, l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'arc maxillaire.

Or l'opération démontra que s'il existait effectivement un foyer osseux d'infection, celui-ci n'avait entraîné les multiples lésions constatées qu'à la faveur de l'existence fortuite d'un kyste dentigère préalablement développé dans l'épaisseur du maxillaire supérieur. Ce kyste, longtemps toléré dans le corps de la mâchoire à la manière d'un corps étranger aseptique, s'infecta vraisemblablement au contact de la racine malade toute voisine de la petite incisive ou de la canine de lait. Devenu foyer d'abcès il rompit bientôt la mince cloison membraneuse qui le séparait du plancher de la fosse nasale et s'évacua dans cette cavité. Quant à la fistule buccale, elle succéda manifestement à la contre-ouverture créée par l'extraction de la dent infectante.

Il ne nous semble pas utile de discuter ici l'origine de la dent incluse : selon toute vraisemblance il s'agissait de la canine permanente de deuxième dentition retenue dans le corps de l'os par la persistance de la canine de lait que le malade déclarait en effet avoir fait extraire quelques mois auparavant.

Voyons plutôt quels pourraient être les facteurs capables d'éclairer l'étiologie de ces cas douteux en faisant soupçonner l'existence d'inclusions dentaires.

Nous croyons que, d'une façon générale, quand on se trouve en présence d'une ostéite plus ou moins étendue du maxillaire dont la cause ne réside pas dans l'une quelconque des affections la produisant généralement et que nous avons énumérées en discutant le diagnostic, il y a souvent lieu de voir à l'origine du mal un trouble de l'évolution dentaire.

Dans ce cas, l'état de la denture du malade et en particulier l'existence de certaines anomalies nous semblent devoir être des éléments de diagnostic en faveur d'une ectopie dentaire en relation avec la suppuration.

Nous aurions voulu pouvoir réunir un nombre d'observations suffisant à donner quelque autorité à notre thèse, mais, malgré nos recherches dans la littérature médicale de ces six dernières années, trois observations seulement nous ont paru assez détaillées pour mériter d'être citées.

Observation I.

(Willms de Leipzig, *Revue de Laryngologie*, 1906, p. 138.)

Ensellure nasale en tout semblable au nez syphilitique.

Aucun antécédent spécifique héréditaire ni personnel.

Élimination spontanée d'une dent incisive contenue dans un kyste dentigère de la cloison et dont l'aplatissement causa l'ensellure.

L'incisive droite latérale manquait à sa place normale.

Observation II.

(Liambey de Marseille, *Annales des maladies de l'oreille*, 12 décembre 1904.)

Conjonctivite gauche et fistule dans l'angle inféro-interne de l'orbite. Obstruction nasale depuis sept ans. Sinusite purulente due à un odontome correspondant à la canine absente. La canine inférieure gauche manque, et l'état des dents est très défectueux.

Observation III.

(Pont et Leclerc de Lyon, *Lyon médical*, n° 14, 1904.)

La malade dont il est question n'a pas d'antécédents syphilitiques. Souffre des dents depuis dix ans et surtout depuis quatre ans au maxillaire supérieur droit. Un dentiste a

extrait 2 dents en mauvais état situées en arrière de la canine droite et a placé un dentier en disant « qu'il y avait encore quelque chose au fond de l'alvéole ».

Évacuation de pus dans cette région depuis un an. Pas de sinusite. Pas de kyste paradentaire. Les symptômes sont semblables à ceux d'une ostéite syphilitique.

L'intervention amena la découverte dans le maxillaire de deux dents parfaitement conformées dont la seconde arrivait jusqu'au voisinage des fosses nasales.

Les auteurs ont acquis la certitude que les dents extraites par le dentiste étaient des *temporaires qui avaient persisté*; en outre elles n'étaient pas des prémolaires, comme on devait s'y attendre, mais des molaires.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer dès maintenant les nombreux points communs qui existent entre cette observation et la nôtre : chez les deux malades nous trouvons une même lésion, foyer d'ostéite, même hésitation de diagnostic et finalement même point de départ de l'affection avec, dans les deux cas, malformations dentaires et persistance de dents temporaires.

Dans ces trois observations résumées, on a pu voir que le diagnostic était fort délicat et la véritable cause de la suppuration bien difficile à soupçonner ; mais ce qu'on peut constater, c'est la permanence dans ces cas douteux d'une lésion dentaire concomitante qui devrait attirer l'attention du médecin et le mettre sur la voie du diagnostic.

Ces lésions dentaires visibles coïncidant avec une inclusion cause de désordres variables peuvent, à notre avis, appartenir à trois types :

1° Absence d'une dent permanente à sa place normale, en dehors de toute intervention opératoire ;

2° Persistance anormale d'une dent temporaire dont les caractères sont presque toujours reconnaissables ;

3° Altérations et malformations dentaires pouvant consister en vices d'implantation ou en migration d'une dent vers un point de l'alvéole où elle ne devrait pas se trouver.

Deux ou trois de ces types peuvent se combiner et se

trouver réunis, comme dans l'observation de notre malade chez lequel on voyait à la fois une canine temporaire persistante (extraite) et des prémolaires en latéroversion.

Nous pensons donc que, dans le cas qui nous occupe, le diagnostic étiologique aurait pu être indiqué par la constatation des malformations concomitantes et aussi, ajoutons-le, par la sensation spéciale que donnait le stylet en heurtant la dent incluse, sensation d'un corps extrêmement dur et lisse, bien différente du contact d'un séquestre osseux, toujours plus ou moins irrégulier et rugueux, et bien différente aussi de la résistance osseuse modifiée par l'interposition d'une membrane kystique.

Au moment où nous achevons la rédaction de ce travail, vient de paraître, dans le *Bulletin de laryngologie*, une observation fort intéressante de M. Collinet sur une dent en ectopie dans la fosse nasale gauche. Les symptômes étaient les mêmes que ceux constatés chez notre malade : douleurs, écoulement purulent unilatéral, obstruction nasale, mais pas de fistule. L'auteur en explorant la fosse nasale au stylet, la vue étant gênée par une déviation de la cloison, crut avoir affaire à un séquestre de nature « tout à fait problématique » ; il en pratiqua l'extraction à la pince, par le nez, et se trouva en présence d'une canine bien conformée, implantée sur le plancher au voisinage du tiers postérieur ; tous les troubles disparurent à la suite de cette intervention très simple.

Malheureusement l'observation ne nous donne aucun renseignement sur l'état des dents du malade ; or il eût été d'autant plus intéressant d'être fixé à cet égard qu'aucun signe particulier ne contribua à l'établissement du diagnostic qui ne fut même pas soupçonné.

PATHOGÉNIE DE LA CARIE DENTAIRE

Troubles réactionnels que provoquent les infections dans les tissus durs dentaires. Démembrement de la carie. Classification nouvelle basée sur l'histologie pathologique et sur la clinique [1].

Par MARCEL CAVALIÉ,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

(*Suite.*)

Les deux zones de ramollissement et de destruction. — Il est très difficile de séparer, pour la description, ces deux zones qui empiètent l'une sur l'autre.

Immédiatement au-dessus de la zone opaque ou d'invasion, la dentine forme une couche ramollie déjà appauvrie en sels calcaires ; les canalicules de l'ivoire sont cassés ; les fragments sont irrégulièrement bosselés en boudins et bourrés d'amas microbiens (fig. 16).

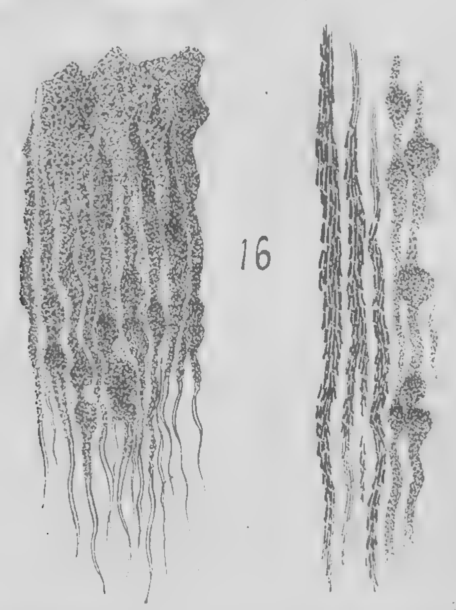


Fig. 16. — Canalicules altérés de l'ivoire dans la zone de ramollissement (sans décalcification).

C'est dans cette zone qu'aussitôt après la décalcification

1. V. *L'Odontologie*, des 15, 30 janvier et 15 février 1907.

s'opèrent la désagrégation et la fonte de la substance dentaire altérée, aussi bien des matières minérales que des matières organiques.

Faut-il attribuer, ici : 1° la décalcification ; 2° la destruction des substances organiques (et, par suite, la disparition de l'ivoire) à l'action seule des microorganismes et de leurs sécrétions ? Les partisans de la théorie parasitaire ou de la théorie chimico-parasitaire n'hésitent pas à formuler cette affirmation.

Nous avons pu, mon maître M. Coyne et moi, mettre en évidence et observer ici dans des préparations provenant de dents cariées (dentinites pénétrantes le plus souvent) la présence d'éléments cellulaires géants que j'ai simplement indiqués plus haut et dont je vais maintenant fournir une étude spéciale.

Présence des odontoclastes. — Dans les formes à marche rapidement destructive de la dentinite, il y a, au niveau de la zone de ramollissement, de nombreuses cellules, petites, renfermant un noyau, à caractères embryonnaires, à multiplication active. Ces petites cellules sont groupées en couches qui séparent la zone opaque de la zone de ramollissement.

Ces couches de petites cellules disloquent la substance de l'ivoire altéré en fragments et enveloppent de toutes parts ces fragments.

Comme le montre bien la figure 17, entre les fragments d'ivoire et ces couches d'éléments cellulaires, il existe une bande claire, transparente, dont la substance apparaît grenue à un fort grossissement.

C'est sur cette bande claire que se rencontrent, de place en place, de grosses cellules multinucléées analogues aux ostéoclastes (Kœlliker) ou aux myéloplaxes (Ch. Robin).

Sur le côté du fragment attenant à la zone opaque, les canalicules de l'ivoire encore reconnaissables viennent se perdre dans le tissu en voie de destruction.

Couches des petites cellules.

Les petites cellules à un noyau forment une nappe continue où il n'y a pas moins de vingt à trente couches cellu-

laires. Elles séparent, du côté du reste de la dent, la zone opaque des zones de ramollissement et de destruction.



Fig. 17. — Coupe totale d'une dent (après décalcification), intéressant les zones de ramollissement et de destruction dans la partie infectée et altérée des tissus durs de la couronne. On y voit des fragments altérés enveloppés par des bandes claires parsemées d'odontoclastes. Les bandes claires sont elles-mêmes entourées par une couche de cellules jeunes migratrices. On voit en outre les rapports des deux zones de ramollissement et de destruction avec le reste de l'ivoire et en particulier avec la zone opaque. Il s'agissait ici d'une dentinite pénétrante non visible sur la coupe. (Cas de dentinite à marche rapide raréfiante à détritus mou de surface.)

Du côté de la zone opaque, elles ébrèchent l'ivoire altéré ; il est parfois possible de voir quelques-uns de ces éléments grossis devenus plaques multinucléées qui commencent le

travail de fragmentation de l'ivoire (progression de la destruction en profondeur).

Les petites cellules ont un protoplasma marqué par un mince liséré autour du noyau unique. Elles sont le siège d'une division active. Elles augmentent particulièrement de volume du côté de la bande claire.

Le noyau se divise ; les deux noyaux restent dans le protoplasma indivis (cellule à deux noyaux). Les cellules à deux noyaux s'écartent de la couche des petites cellules, se dirigent vers la bande claire. Leur protoplasma devient net et finement granuleux.

Les noyaux continuent à se diviser dans le protoplasma accru et toujours indivis. Il s'ensuit la production d'éléments géants multinucléés de la bande claire qui sont les odontoclastes.

La bande claire. — Elle est constituée par une substance plus claire que le reste du tissu, mais granuleuse (vue à un fort grossissement). Elle se continue sans ligne de démarcation avec la couche des petites cellules qui est en dehors d'elle. Elle entoure un fragment de tissu d'ivoire méconnaissable, de couleur plus sombre et en voie de destruction (Voir la fig. 18, d'après nature).

Elle renferme des espaces occupés par les odontoclastes (fossettes de Howship).

Les odontoclastes, comme le montrent les figures 19 et 20, d'après nature, sont des plaques cellulaires volumineuses. Leurs contours sont irréguliers.

Le protoplasma ne possède pas de membrane d'enveloppe. mais émet des prolongements arrondis dans tous les sens.

Il est essentiellement constitué par de fines granulations, qui prennent très bien quelques couleurs, telles que l'éosine, le vert lumière ; elles sont encore colorées en vert par le bleu d'Unna.

Le protoplasma renferme des enclaves de volume variable.

Il est parsemé enfin de noyaux arrondis dont le nombre oscille entre deux, trois et trente à quarante.

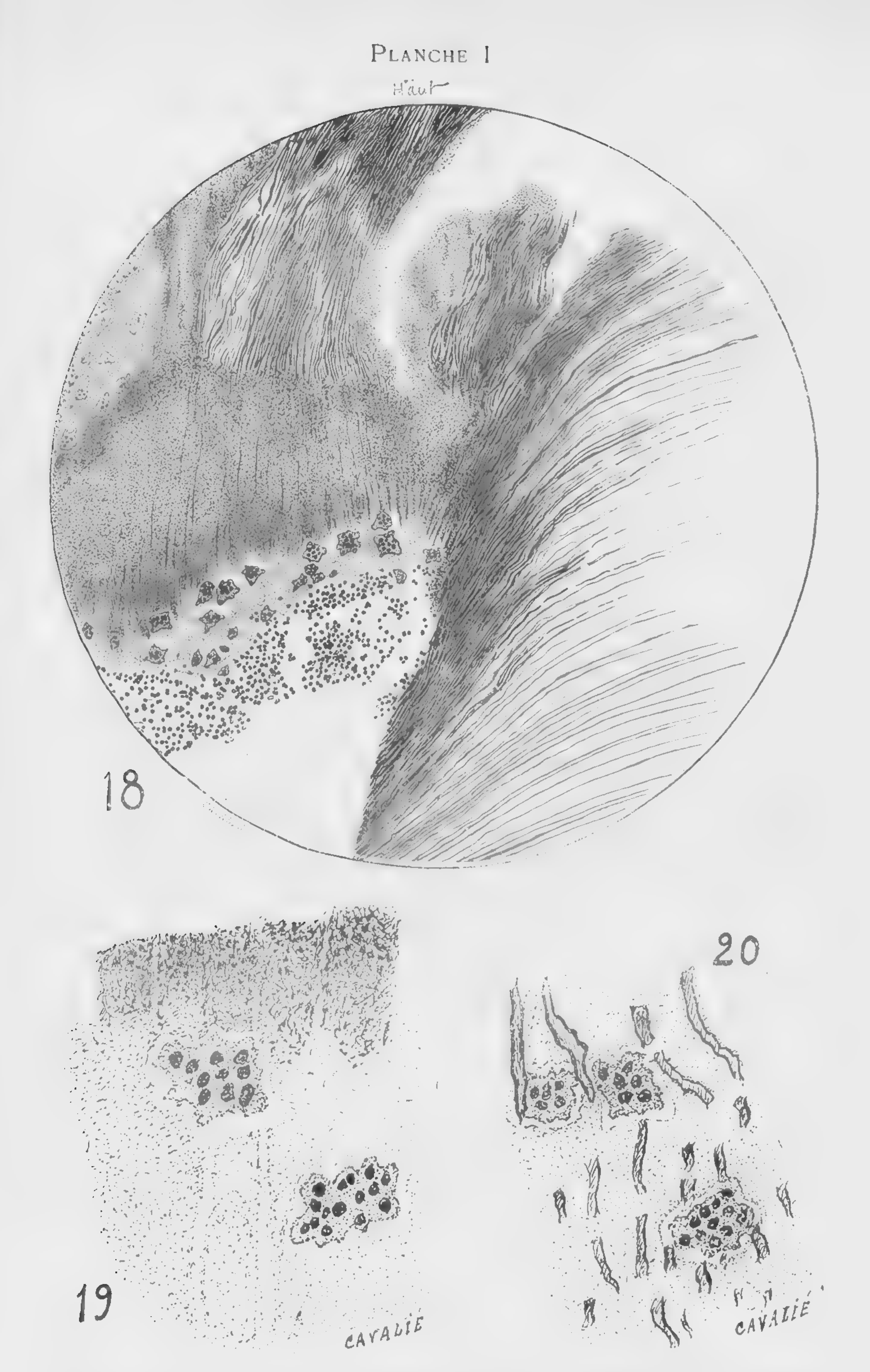


Fig. 18. — Portion de la coupe de la fig. 17 montrant les limites de la zone opaque et les deux zones de ramollissement et de destruction. La zone de ramollissement figure une bande claire parsemée de cellules géantes, les odontoclastes. Entre cette bande claire et la zone opaque, petites cellules à noyau unique; les noyaux sont seuls repr´sentés. La zone de destruction est le segment au dessus de la bande claire : c'est une masse informe où la structure de l'ivoire n'est plus reconnaissable. Les odontoclastes, sur la limite de la bande claire et de la zone de destruction, poursuivent leur travail de destruction par décalcification et fonte.

Fig. 19. Deux odontoclastes dans la bande claire, dont l'un au contact de la zone foncée de destruction. Ces deux cellules géantes à contours bosselés, pourvues de nombreux noyaux, sont entourées d'une auréole claire (fossette de Howship).

Fig. 20. — Trois odontoclastes dans une portion de la bande claire, où quelques tubes d'ivoire sont encore apparents Les odontoclastes détruisent ces canalicules.

Les odontoclastes sont entourés par un liséré vide qui les sépare de la substance de la bande claire. On en trouve sur les limites de cette bande claire et du fragment en voie de destruction. Ils ébrèchent ce fragment, quelques-uns même y pénètrent.

Rôle des odontoclastes. — Le tissu altéré de l'ivoire, est le siège d'une fragmentation, bientôt suivie d'une destruction par les odontoclastes. Ceux-ci, dans les bandes claires, enveloppent les blocs fragmentés, les sapent et finissent par les faire disparaître.

Il s'agit très probablement, ici, d'un travail de décalcification produit par les sécrétions des odontoclastes et d'une phagocytose des détritus restants et des microbes par les odontoclastes eux-mêmes. Cela est justifié par les atteintes que subissent les tissus durs sous des influences en particulier microbiennes.

Le fait rentre dans le cadre général de nos connaissances, que l'organisme, à l'aide d'agents migrateurs ou pris sur place, se débarrasse lui-même de tous les matériaux altérés ou mortifiés en même temps que des agents infectieux.

Dans le tissu osseux, la destruction et la résorption sont dévolues aux ostéoclastes, à l'état normal comme pathologique.

On présume le rôle des phagocytes et des cellules géantes dans les foyers tuberculeux syphilitiques ou autres.

Dans le système nerveux central, des agents destructeurs, les astrocytes, interviennent dans les foyers de ramollissement.

Les tissus durs dentaires n'échappent pas à cette règle générale. Ils sont susceptibles, dans certaines conditions, d'être détruits par de véritables phagocytes géants, les odontoclastes.

J'ai fait cette constatation brutale sans conteste, dans les cas de dentinites à marche rapide, dont les cavités dites cariées étaient comme humides.

Les préparations microscopiques que j'ai montées ont été

présentées dans différents congrès anatomiques ou dentaires.

Les odontoclastes (fig. 19 et 20) peuvent être observés en train de détruire des canalicules cassés, altérés, aussi bien que la substance devenue méconnaissable de l'ivoire.

C'est à la limite entre la bande claire et le fragment en voie de destruction qu'on se rend bien compte de ce travail actif. Chaque fragment est détruit et lorsque le travail est terminé, le magma restant est éliminé à l'extérieur, par détachement du reste de la dent.

D'autre part, sur les limites latérales et dans la profondeur, du côté du tissu de l'ivoire encore dur, mais altéré (zone opaque), il se produit de nouvelles fragmentations d'ivoire, envahies à leur tour par les petites cellules, puis par les odontoclastes.

Origine des odontoclastes ou plus exactement des petites cellules formatives des odontoclastes.

Les odontoclastes proviennent, comme je l'ai indiqué, de la différenciation sur place des petites cellules.

Les petites cellules ont une origine que je puis aujourd'hui indiquer à la suite de nombreux examens.

Tout d'abord, dans les cas de dentinites pénétrantes, lorsque la pulpe n'est pas encore trop altérée, elles représentent des éléments migrateurs (cellules conjonctives de la pulpe ou encore lymphocytes diapédésés des vaisseaux pulpaires).

Dans les cas de dentinites non pénétrantes, la présence de ces cellules est beaucoup plus rare ; lorsqu'on les rencontre, elles ont émigré soit de la gencive, soit du périodonte, principalement dans les dentinites à cavités siégeant sur les faces latérales et plus ou moins rapprochées des collets.

J'ai appelé réaction odontoclastique la réaction organique en vertu de laquelle des éléments cellulaires venus du voisinage viennent détruire les tissus durs altérés et les agents microbiens qui les ont envahis.

Cette réaction, vitale par excellence, témoigne hautement de la défense des dents vivantes vis-à-vis d'agents infectieux venus de l'extérieur. Elle est caractérisée par le fait qu'elle dépasse le but proposé.

Pour arrêter la marche de l'infection, elle détruit, phagocyte en quelque sorte les tissus durs et active ainsi plus rapidement le processus destructif.

Les dentinites dans lesquelles à côté du travail destructeur microbien coexiste la réaction odontoclastique de destruction *sont des dentinites raréfiantes* de la 1re variété.

B. *Deuxième cas. Dentinites condensantes. Surface de la cavité, dure, comme vernissée.* — Il n'est pas rare, dans certains cas, d'observer l'arrêt naturel de la destruction de l'ivoire et l'apparition d'un processus intense de réparation.

Les zones de ramollissement et de destruction de la dentine altérée disparaissent plus ou moins complètement par élimination. En même temps la portion d'ivoire sous-jacent s'hyperplasie ; il y a, au niveau de la zone transparente, une exagération de calcification qui envahit la zone opaque. Bientôt une couche de tissu néoformé vient établir, sur les parois de la cavité dite cariée, une sorte d'obturation d'épaisseur variable, reconnaissable macroscopiquement à sa couleur et à son aspect.

La couleur, comme je l'ai déjà dit, oscille du jaune-rouge au marron et au marron plus ou moins foncé. L'aspect est lisse, comme vernissé.

Le tissu dentinaire néoformé tapisse parfois complètement les parois de la cavité ; d'autres fois il persiste un ou plusieurs pertuis faisant communiquer la cavité avec les tissus sous-jacents, spécialement avec la pulpe de la chambre pulpaire dans les cas de dentinites pénétrantes.

Fauchard[1] avait signalé l'existence de ce vernis et avait désigné les cas où on le rencontrait par l'expression de « carie comme mastiquée des dents ».

J'ai étudié de nombreux échantillons de dents humaines, temporaires et permanentes où se trouvait cette hyperplasie de l'ivoire.

L'ivoire néoformé est généralement assez riche en subs-

1. Fauchard, *loc. citat.*, tome Ier p. 109.

tances organiques et par suite moins résistant et plus pauvre en matières minérales que l'ivoire normal.

Il forme généralement une couche uniforme sur les parois de la cavité, si la lésion n'est pas trop avancée et s'il n'y a pas communication avec la chambre pulpaire.

C'est un cas assez rare.

Plus souvent la production d'ivoire néoformé coïncide avec le stade où la cavité communique avec la chambre pulpaire, laissant ou ne laissant pas persister un pertuis qui favorisera la marche de l'infection.

L'ivoire nouveau est le résultat d'une prolifération de l'ivoire sous-jacent.

On peut voir sur la figure 21 les canalicules s'allonger sur les parois de la cavité et s'entourer d'une substance dure plus ou moins calcifiée. La zone opaque n'est plus reconnaissable.

Il s'agit ici d'une zone transparente, modifiée, exagérée.

Parmi les canalicules les uns sont complètement calcifiés et figurent un chapelet de grains brillants calcaires (fig. 22); les autres sont exempts de grains calcaires. Leur direction est rectiligne et parallèle jusqu'à la surface où ces canalicules semblent se terminer brusquement en pleine substance dure.

Les ramifications sont rares.

La lumière est d'un diamètre trois, quatre, cinq fois plus grand que celle des canalicules normaux.

On rencontre, dans leur intérieur, des petites masses granuleuses placées côte à côte, entre lesquelles on aperçoit parfois une fibrille de Tomes.

La substance dure fondamentale renferme des grains calcaires disposés en amas irréguliers et en nombre variable suivant le degré de calcification.

J'ai appelé réaction odontoblastique ce processus réparateur de calcification exagérée.

Elle est la preuve d'une irritation des odontoblastes, éléments qui, quoique situés sur la périphérie de la pulpe, doivent, à mon avis, être compris comme faisant partie du tissu de l'ivoire.

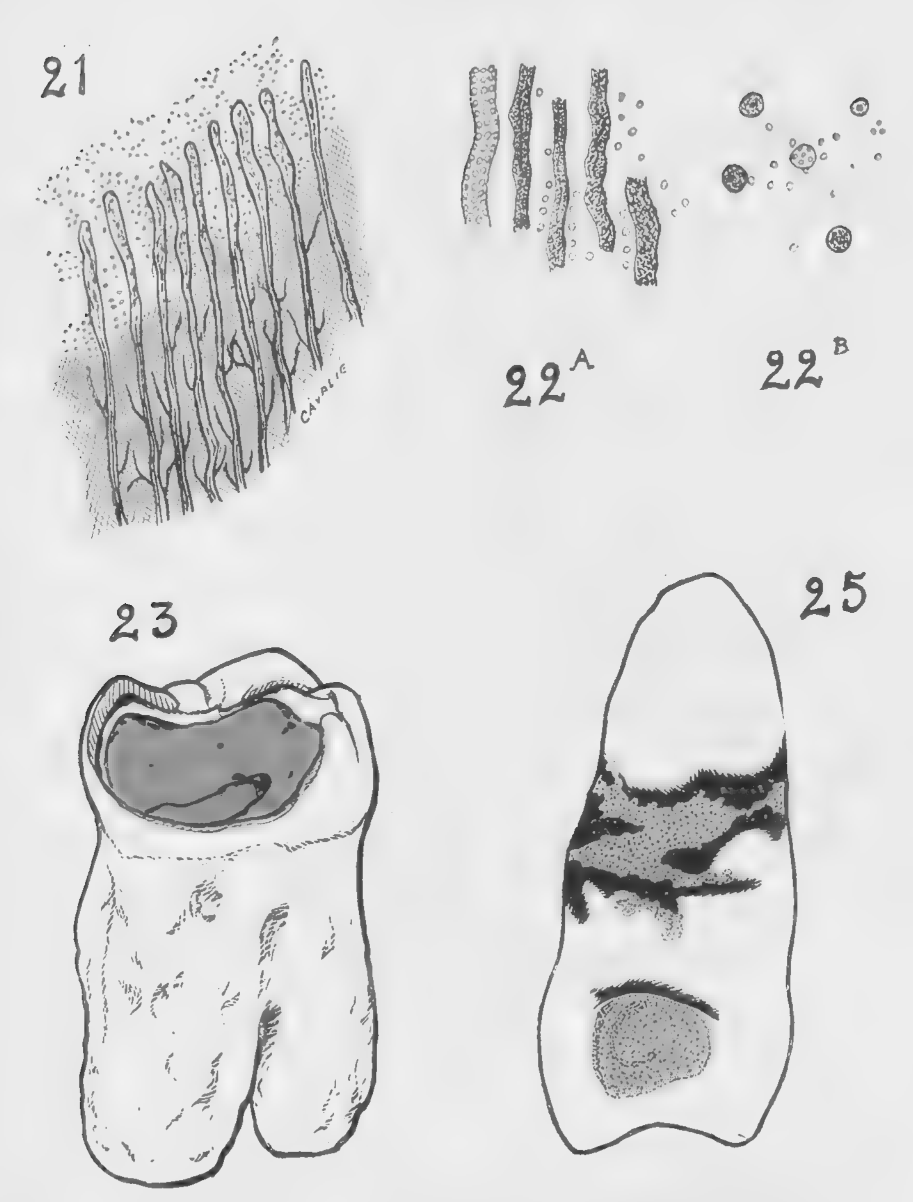


Fig. 21. — Cas de dentinite condensante réparatrice (demi-schématique). Coupe intéressant l'ivoire en voie de néoformation, à la surface de la cavité dite cariée après élimination des zones très altérées superficielles. Allongement des canalicules de la zone transparente et grains brillants calcaires autour d'eux et dans l'intérieur de quelques-uns.

Fig. 22. — A. Coupe histologique longitudinale au niveau d'une zone de l'ivoire en voie de néocalcification (sur une pièce non décalcifiée). C'est une calcification pathologique par réaction odontoblastique. Les grains rouges représentent des grains calcaires, un canalicule de l'ivoire est entièrement calcifié. Il y a des amas de grains calcaires dans la substance interstitielle.

B. Coupe transversale au niveau de la même zone de l'ivoire. (Bien que n'ayant pas subi la décalcification, je suis arrivé à inclure les pièces à la paraffine et à les couper au microtome.)

Fig. 23 d'après nature. — 2e molaire inférieure droite. Dentinite mixte dans la couronne (face triturante). Cémentite condensante (hypertrophique).

Fig. 25 d'après nature. — Cémentite mixte, en nappe sur la 2e prémolaire supérieure gauche.

La réaction odontoblastique ne saurait exister dans le cas de destruction de la couche des odontoblastes, comme cela a lieu dans les mortifications de la pulpe par exemple (carie du 4e degré de l'École dentaire de Paris), ainsi que dans des états pathologiques de la pulpe, tels que les pulpites purulentes totales, gangréneuses, etc.

Elle apporte une deuxième preuve matérielle qu'une dent vivante infectée et altérée peut réagir contre l'agent ou contre les agents étiologiques, dès que la lésion atteint l'ivoire.

Les dentinites où survient cette réaction défensive et réparatrice sont des dentinites condensantes pures.

(A suivre.)

REVUE ANALYTIQUE

Anesthésie des incisives et des canines supérieures par voie nasale. — A propos des couronnes et des bridges. — Un nouveau procédé d'anesthésie dentaire : l'anesthésie diploïque. — L'ataxie locomotrice et les dents. — Aurifications de dents de mouton. — Note sur une nouvelle méthode de traitement de la périostite alvéolaire par les injections locales de salicylate de soude.

Anesthésie des incisives et des canines supérieures par voie nasale.

Au cours d'interventions sur le plancher des fosses nasales, ou sur les cornets, avec application de tampons cocaïnés, les rhinologistes ont souvent remarqué une anesthésie complète de la région des incisives et des canines supérieures. Ce phénomène tient à ce que le rameau dentaire antérieur, qui est seul à innerver cette région, rampe à la surface du plancher nasal, en arrière du bord saillant qui limite, en bas, l'orifice de la fosse nasale.

Il n'est pas impossible que ce mode d'anesthésie, découvert par hasard, devienne d'un emploi méthodique dans les diverses opérations portant sur la région (extractions, incisions d'abcès, résection apicale).

La technique se réduit à l'application, dans la région antérieure de la fosse nasale, d'un tampon d'ouate de la forme et de la dimension d'une amande, imbibé d'une solution de cocaïne à 1/20 ou 1/10 (doses courantes en rhinologie) associée ou non à l'adrénaline à 1/1000. Il suffit de porter le tampon, à l'aide d'une pince à extrémités minces et mousses, entre la cloison et la tête du cornet inférieur et de l'engager de deux centimètres dans la fosse nasale (non dans la narine, ce qui entraînerait un échec complet). Le repère infaillible est l'extrémité antérieure du cornet inférieur qui se présente comme une masse charnue du côté opposé à la cloison ; c'est entre la cloison et cet organe, et un peu au-dessous de ce dernier que doit être le tampon.

Pendant l'application, afin d'éviter la déglutition de quelques gouttes de la solution de cocaïne, il faudra faire fléchir légèrement en avant la tête du patient ; l'excès de la solution, résultant de l'expression du tampon au moment de l'engagement, s'écoulera ainsi au dehors.

Il ne faut pas s'attendre à obtenir une anesthésie complète avant vingt minutes ou une demi-heure.

(WICART, *Médecin-Praticien*, 22 janvier 1907.)

H. D.

A propos des couronnes et des bridges.

L'effort considérable, supporté par le maxillaire inférieur pendant la mastication, est réparti sur une surface masticatoire importante, grâce aux nombreux tubercules des molaires, et grâce à ce que le maxillaire inférieur présente une courbure ascendante particulièrement appro-

priée à ce rôle. Une dent vient-elle à faire défaut, les autres en pâtissent aussitôt.

Le remplacement des dents manquantes par des appareils en forme de pont conduit fréquemment à la perte des autres dents, les ponts à piliers chargeant de façon croissante les dents de soutien. De ces dernières considérations l'auteur conclut à la nécessité d'adopter, d'une façon générale, les ponts à selle qui font participer la gencive à l'effort masticatoire, et il décrit un modèle de couronne amovible dont celles des parties destinées à sertir la dent sont réunies par des charnières. Elles sont faites d'une feuille d'or mince estampée sur le modèle et renforcée de bandes de platine iridié. Les charnières sont également en platine iridié.

Les avantages sont faciles à déduire : sertissage parfait, grâce à la faculté d'ouvrir et de fermer les couronnes ; possibilité de les ouvrir en tout temps, si cela est nécessaire ; inutilité du meulage des dents ; faculté d'employer comme piliers, pour un bridge à selle, des dents déviées.

(WARNEKROS, *Laboratoire*, 27 janvier 1907, p. 50.)

H. D.

Un nouveau procédé d'anesthésie dentaire : l'anesthésie diploïque.

Partant de l'idée que, pour obtenir une anesthésie dentaire parfaite et constante, l'agent anesthésique doit être porté au contact des filets nerveux destinés à la dent et au ligament, c'est-à-dire directement dans les mailles du tissu osseux, M. Nogué a imaginé un procédé d'anesthésie, qui consiste à franchir la table de tissu compact limitant le diploé, cela en se servant d'un foret quadrangulaire monté sur le tour, auquel on substitue l'aiguille d'une seringue de Pravaz.

Toutes précautions antiseptiques prises, on applique sur la muqueuse, perpendiculairement à la table osseuse et au lieu d'élection, le foret en rotation rapide ; une légère pression suffit à vaincre la résistance, et le foret pénètre dans un tissu mou. Cette perforation des tissus serait indolore. Il ne reste plus qu'à introduire l'aiguille de la seringue, en prenant bien garde qu'elle soit calibrée sur le foret, pour qu'elle puisse obturer exactement le pertuis osseux.

Quelques gouttes de la solution, injectée d'ailleurs sans aucun effort, suffisent à donner une anesthésie complète.

M. Nogué n'a eu qu'à se louer de ce procédé, il n'a jamais observé d'accidents d'aucune sorte, soit à cause des faibles doses employées (de 0 gr. 005 à 0 gr. 01) soit par suite de la lenteur de l'absorption diploïque. Il possède actuellement 250 observations dont il serait intéressant de connaître le détail (périostite, abcès, etc.).

(R. NOGUÉ, *Semaine Médicale*, 6 février 1907, p. 70.)

H. D.

L'Ataxie locomotrice et les dents.

Dans une communication faite à l'hôpital national des paralytiques et des épileptiques, M. R. Gowers a signalé un tabétique dont toutes les dents étaient tombées et dont la mâchoire était devenue complètement insensible au toucher et à la douleur. Cette perte de la sensibilité dépend, suivant lui, de la dégénérescence des nerfs. *(Dental Surgeon.)*

Aurifications de dents de mouton.

On a rapporté qu'on avait remarqué de l'or ou un métal lui ressemblant dans les interstices des dents de moutons en Perse et l'on avait émis l'hypothèse que cette *aurification* pouvait être due à ce que ces animaux paissaient dans une région aurifère. Le même fait a été constaté sur d'autres points du globe. De recherches faites par M. Liversidge qui a examiné le maxillaire inférieur d'un mouton, il résulte que les dents de celui-ci étaient recouvertes d'une substance jaune ressemblant à des pyrites de fer sur une épaisseur de 1 mm. environ. L'incrustation était cassante et pouvait s'enlever par plaques laissant une surface noire. Au microscope ces plaques se composaient de minces couches brun pâle transparentes, mais n'avaient pas une structure organique ; solubles en partie dans l'acide chlorhydrique, elles devenaient noires sous l'influence de la chaleur, laissant un résidu consistant principalement en phosphate de calcium. Cette incrustation semble être un dépôt de tartre, accompagné d'une légère carie de la dent et l'éclat métallique doit être attribué à la réflexion de la lumière par les diverses surfaces des cellules de la substance. *(Dental Surgeon.)*

Note sur une nouvelle méthode de traitement de la périostite alvéolaire par les injections locales de salicylate de soude.

M. Margery, s'inspirant du procédé du Prof. Bouchard pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et suivant en cela l'exemple de notre confrère G. Lemerle, a appliqué au traitement de la périostite aiguë les injections de salicylate de soude à 3 o/o ou à 2 o/o. La dose varie de 1 à 2 cmc. selon le volume et le nombre de racines de la dent malade. L'injection doit se faire d'autant plus lentement que les tissus sont plus denses. Elle peut être poussée dans le sillon gingivo-jugal, mais elle aurait une action plus rapide et plus efficace, pratiquée dans le bourrelet gingival ; en ce cas cependant la méthode ne serait pas exempte d'innocuité. Les injections locales de salicylate de soude seraient indiquées au cas d'échec du traitement rationnel du quatrième degré, ou simplement au cas de douleurs intenses dues à la périostite.

M. Margery annexe à l'exposé de sa méthode onze observations ; mais c'est précisément la lecture attentive de ces observations qui nous rend assez sceptique sur l'efficacité de la méthode, soit que celle-ci soit purement inefficace, soit qu'actuellement, elle manque encore d'une mise au point rigoureuse. Nous ne voyons, en effet, aucun des résultats heureux signalés qui puisse être, avec certitude, mis au compte du traitement salicylé, et, d'autre part, nous constatons des échecs évidents et assez nombreux pour qu'on puisse refuser au salicylate de soude toute propriété spécifique contre la périostite aiguë.

Ajoutons que la méthode n'est pas sans danger, puisque deux fois elle a provoqué du sphacèle, avec élimination, dans un cas, d'un séquestre alvéolaire.

(MARGERY, *Revue de Stomatologie*, février 1907, p. 60.)

H. D.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Protection des faces de porcelaine. — Pour empêcher les faces de porcelaine de se casser quand on emploie de la soudure de platine à 20 o/o, en badigeonner la surface avec une solution crémeuse de carbonate de magnésie avant la mise en plâtre. *(Dental Surgeon.)*

Fixation de la vulcanite aux plaques de métal. — Le caoutchouc rose adhère plus solidement à une base de métal que le rouge ou le noir. Il se sépare rarement de la plaque quand on se sert de boucles ou de boutons comme moyen de rétention. *(Dental Surgeon.)*

Contre-plaques pour dents. — Une contre-plaque très satisfaisante pour les faces s'obtient en employant du platine au 1 o/oo, doublé et poli sur la face. Les avantages sont l'adaptabilité à la dent, moins de chance de brûler la contre-plaque en soudant, la réflexion de la couleur au travers de la dent. *(Dental Surgeon.)*

Suppression de la tension sur la porcelaine en contre-plaquant les dents. — Tailler un arc-boutant dans le crampon de platine et le rabattre contre la contre-plaque, au lieu de courber tout le crampon. Cela modère la tension sur la porcelaine et amoindrit le danger de briser la dent. *(Western Dental Journal.)*

Douleur après l'extraction dentaire. — L'extraction d'une dent abcédée est généralement accompagnée d'une violente douleur. Le lysol est le remède idéal dans ce cas, si on l'applique non dilué dans l'alvéole. Cela atténue la douleur immédiatement, contribue à arrêter l'hémorragie et aseptise l'alvéole. *(Dental Surgeon.)*

Extirpation de la pulpe. — Quand l'extirpation immédiate est décidée, si une boulette de coton est placée sur le tampon de caoutchouc introduit dans la cavité, on peut obtenir une pression bien plus grande, car le coton empêche le caoutchouc de trop se tendre sous l'instrument. *(Dental Surgeon.)*

Bords de cavité pour inlays. — Chaque partie de la cavité, surtout les bords, doit être non seulement bien taillée, mais bien polie. Avec des pointes d'Arkansas on peut obtenir un beau poli qui doit s'étendre au-dessus des bords et même dans le voisinage de la cavité.

Puis il est aisé d'enlever la matrice. On ne saurait raisonnablement vouloir faire une matrice parfaite avec des bords tranchants, grossiers et non unis, ni compter l'enlever sans accident d'une cavité autour de laquelle des surfaces rugueuses ont été laissées. *(Dental Register.)*

Polissage des plaques de caoutchouc. — En donnant le poli final aux plaques de caoutchouc, un disque à polir de 25 épaisseurs de mousseline non blanchie donne un plus beau fini que la peau de chamois ou un disque en brosse douce. (*Brit. J. of dent. sc.*)

Gauchissement de la vulcanite. — Le plâtre de Paris est susceptible de compression. Une forte pression supérieure à celle que peut supporter le plâtre, peut être obtenue par les appareils employés pour presser les moufles. D'autre part le caoutchouc à vulcaniser chauffé à 144° ne se foule pas très rapidement. Si donc il y a excès de caoutchouc et si le moufle est fermé rapidement sous une forte pression il se produira une déformation d'une partie du moulage de plâtre. (*Dentist's Magazine.*)

Introduction d'une petite portion de ciment. — Prendre un tire-nerf très ténu et faire un petit anneau à l'extrémité ou courber la pointe à un angle de 45 degrés ou de 90 degrés ; l'on peut ainsi porter facilement une très petite quantité de ciment. Autrement celui-ci tomberait dans la cavité. (*Dental Review.*)

Appareils de redressement dorés au galvano. — Dissoudre 30 grammes de carbonate d'ammoniaque et 30 grammes de cyanure de potassium dans 1/2 litre d'eau de pluie. Fixer l'appareil au pôle zinc et un morceau d'or pur au pôle charbon d'une batterie. Mettre la solution dans une coupelle de porcelaine au-dessus d'une flamme et la faire bouillir lentement. Laisser l'appareil et l'or dans la solution 10 à 15 minutes. L'appareil en sortira avec une couleur brun sombre, mais après l'avoir brossé avec une brosse raide trempée dans du bicarbonate de sodium, il aura une belle couleur dorée. (*Dental Review.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 11 décembre 1906.

Présidence de M. Touvet-Fanton, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Il est donné lecture de la correspondance qui comprend une lettre de M. Friteau, qui s'excuse de ne pouvoir faire sa présentation, et une lettre de M. Georges Lemerle, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président. — La parole est à M. Frey, président sortant.

I. — Allocution de M. Frey.

M. le Dr Frey. — Mes chers confrères. Quand, il y a un an, vous m'avez fait l'honneur de m'appeler à présider vos séances de la Société d'Odontologie, je conçus le projet de mobiliser le ban et l'arrière-ban de mes amis pour vous faire quelques conférences intéressantes. Moi-même j'ouvris tout grand un de mes tiroirs et j'y cherchai des notes afin de pouvoir, le cas échéant, combler les vides de nos ordres du jour. Eh bien, tout cela fut inutile : je n'eus à mobiliser aucun de mes amis et je n'ai jamais eu à combler aucun vide dans nos ordres du jour. C'est vous dire que pendant l'année 1905-1906 on a beaucoup travaillé à la Société d'Odontologie, et votre président n'y a été pour rien. Il vous en remercie bien sincèrement.

Vous me permettrez de remercier plus particulièrement notre secrétaire général Georges Lemerle, qui a été pour moi un collaborateur extrêmement intelligent et dévoué. Je remercie également tous les membres du bureau, qui ont bien voulu répondre aux quelques convocations que je leur ai adressées de temps en temps pour les intérêts de la Société d'Odontologie.

Je remercie enfin tous nos collaborateurs qui, nombreux, ont rendu notre année 1905-1906 particulièrement fructueuse, aussi bien nos collaborateurs des séances du soir que ceux de nos séances pratiques du dimanche matin. Je ne veux pas vous énumérer leurs noms, vous dire l'intérêt de leurs travaux, car je ne puis reprendre au long le travail qui vous a été lu à notre dernière séance par notre secrétaire général.

Cette année, comme vous le savez, c'est le même président qui s'est trouvé appelé à diriger les séances de l'Odontologie et à orga-

niser celles de l'A. F. A. S. à Lyon, au mois d'août. Aussi, dans les remerciements que j'adresse ce soir, n'aurais-je garde d'oublier notre si distingué, si sympathique, si dévoué vice-président qui fut le président idéal : le Dr Julien Tellier ; non plus que notre cher et savant confrère le Dr Guillot, qui nous a si largement ouvert son école et a si bien aplani les difficultés de nos diverses démonstrations pratiques.

Ce qui m'a plus particulièrement frappé à Lyon, ce qui m'a fait le plus grand plaisir et sur quoi je voudrais encore insister ce soir, c'est que là-bas, à l'occasion d'une réunion scientifique, toutes les petites dissensions intestines se sont tues. J'ai vu réunis dans la même École tous les groupements, quels que soient les qualificatifs qu'on donne à ces groupements. On a oublié toutes les petites étiquettes, on ne s'est plus souvenu que d'une chose : c'est que nous étions tous réunis pour la science, afin de mettre en commun tous nos efforts. C'est un bel exemple que nous ont donné nos confrères et en particulier nos confrères lyonnais, je tiens à le rappeler en les en remerciant. C'est à cette union que nous devons d'avoir assisté à une de nos plus belles manifestations scientifiques, depuis 1882.

Dans la dernière séance de la Société d'Odontologie, nous avons eu la satisfaction de nommer à la présidence pour l'année 1906-1907, un de nos confrères les plus distingués : Touvet-Fanton. Cet honneur lui était évidemment dû, il lui était dû même, je crois, depuis très longtemps. Touvet-Fanton, vous le savez tous, s'est distingué parmi nous par sa collaboration assidue, par la grande intelligence qu'il apporte dans tout ce qu'il fait en dentisterie opératoire, en prothèse. Je dirai même qu'il ne craint pas de s'attaquer aux problèmes de pathologie générale que nous rencontrons dans notre spécialité, puisqu'il s'est, à un certain moment, occupé de l'action de l'acide phosphorique chez les arthritiques de la bouche. Je suis donc tout à fait heureux de pouvoir céder la succession à la présidence à Touvet-Fanton et je vous félicite, mes chers amis, du choix que vous avez fait *(Applaudissements)*.

Puisque nous en sommes aux félicitations, il m'est très doux d'avoir à parler ce soir du grand honneur que le Gouvernement vient de faire à mon ami Sauvez. Ses efforts si ardents, si désintéressés, pour le plus grand bien de l'École Dentaire de Paris, méritaient une récompense et celle-ci, quoique un peu tardive, puisque nous l'attendions pour lui depuis six années, nous a causé à tous la plus grande joie *(Applaudissements)*.

La semaine dernière, un de nos collaborateurs, aussi distingué qu'assidu, professeur tout à fait remarquable de l'École, a obtenu, à la Société d'Anthropologie, une partie du prix Broca pour son travail intitulé : Etude comparative des dents de l'homme dans les dif-

férentes races. Je regrette de ne pas voir ici Choquet, car j'aurais été très heureux de lui adresser de vive voix toutes nos félicitations, et les miennes en particulier *(Applaudissements)*.

Mes chers amis, un président qui s'en va laisse toujours un petit testament. Eh bien, ce testament, le voici :

Rappelez-vous que dans notre dernière séance nous avons émis le vœu que la Société d'Odontologie, par un petit changement apporté aux statuts, ait une autonomie un peu plus grande. On a même nommé une Commission pour l'étude de cette question. La Société d'Odontologie doit évidemment rester toujours étroitement attachée à l'École Dentaire de Paris, mais je crois qu'il ne serait pas mauvais qu'on apportât au règlement quelques modifications. J'espère que la Commission nous présentera un travail rapide et complet.

Puisque nous parlons de Commission, il en est une autre qu'en tant que président sortant je voudrais voir nommer, et je laisse ce soin à notre nouveau président. Je ne sais pas si tous nos confrères sont satisfaits des dents que nous trouvons chez les fournisseurs. Je crois que depuis quelques années elles sont bien insuffisantes au point de vue de la couleur, de la forme et de la solidité. Il y a une enquête à faire et je serais très heureux que la Société d'Odontologie nommât une Commission compétente, et les gens compétents sont nombreux ici, pour étudier cette grave question et nous proposer le remède.

II. — Allocution de M. Touvet-Fanton.

M. le Président donne lecture de son discours d'ouverture :

Mes chers confrères,

Les circonstances m'ont amené à diriger déjà les débats d'une précédente séance sans que j'aie pu exprimer ma reconnaissance à ceux dont les suffrages m'ont appelé à présider notre belle société, et sans que j'aie pu non plus vous dire combien je suis touché de la grande marque d'estime et de sympathie que vous m'avez donnée.

Vous voudrez bien y trouver mon excuse et celle du bureau tout entier dans l'impatience légitime où nous étions, en recevant M. le professeur Miller et en bénéficiant de l'intéressante conférence de l'éminent directeur de l'École dentaire de Berlin, de pouvoir profiter d'une circonstance qui nous permettait de vous donner la preuve que le bureau et votre président avaient hâte de répondre à la confiance que vous leur aviez fait le grand honneur de leur témoigner.

Il ne m'est pas de devoir plus agréable à remplir que de vous le dire tout simplement en ouvrant aujourd'hui cette réunion plus intime. Rien ne saurait en effet être plus agréable que l'expression d'un sentiment né au choc d'une manifestation flatteuse et affectueuse à la fois.

Je ne saurais non plus manquer d'adresser à M. Frey les remercie

ments de la Société tout entière, pour le concours dévoué qu'il a su lui apporter, et, en mon nom personnel, l'expression de ma vive sympathie pour le président défunt, mais pas mort heureusement, car je me propose bien de mettre toujours à contribution au point de vue scientifique son activité dévouée.

C'est qu'en effet, mes chers confrères, il ne faut pas se dissimuler que le grand honneur que vous faites à votre président, en l'appelant à la direction de votre société, est un devoir dont vous le chargez. Il ne doit pas s'enorgueillir de vos suffrages, mais il doit surtout avoir conscience de sa tâche sociale : l'Odontologiste auquel vous avez voulu la confier cette année s'efforcera de n'y pas faillir, et vous ne manquerez pas de l'y aider.

Si c'est à votre président, en effet, de provoquer l'éclosion de votre activité, il ne peut rien sans vous, mais entouré des membres dévoués du bureau et fier de nos traditions, il se sent pleine confiance. Et vous donnerez beaucoup à faire à votre bureau, c'est son plus cher désir, parce que vous n'oublierez pas que la Société d'Odontologie est une force dans la profession, et qu'il faut la faire toujours plus grande ; car la profession a besoin que nous soyons quelque chose, et quelque chose de toujours plus fort.

Eh ! oui, mes chers collègues, je sais bien : d'une façon chronique tous les 365 jours environ l'un des nôtres que vous placez à ce fauteuil se présente à vous et vous tient à peu près ce langage : « Messieurs, travaillons. »

Je ne sais quel profond psychologue a dit : « Il faut des paroles qui fassent penser. » Je crois qu'il ne serait pas besoin d'en prononcer beaucoup d'autres après celles-là pour vous, mes chers collaborateurs, qui mettez toujours tant de bonne grâce à vous rendre à cette invitation sans doute fort explicite.

Pourtant, ne croyez-vous pas qu'en cette époque troublée et transitoire que traverse notre belle et enviée profession, il n'y ait pas quelque raison de commenter cette insistante et mutuelle invitation.

Sans doute, pénétrés du rôle élevé de notre société, nous y venons travailler en dilettantes, laissant de côté les inquiétudes matérielles de la lutte pour la vie, chacun apportant son tribut de travail, de conscience et d'art pur qui trouve sa récompense hors des luttes et des injustices humaines, ce travail intellectuel, en effet !, trouvant son salaire en lui-même, comme le bien, qui n'a besoin d'autre récompense que la conscience de son existence.

Et cet Éden scientifique se suffirait à lui-même en nous suffisant à nous.

Mais voici que ce désintéressé travail va servir à une fin pratique, comme toute graine qui germe porte en elle son fruit ; car voici qu'il

y a un autre but à envisager, un but nécessaire dans la lutte pour la vie cette fois.

Et c'est la représentation de notre valeur professionnelle, de la valeur de notre Société scientifique, dans la société humaine tout entière.

Car il faut que nous prenions dans celle-ci la place qui nous est due et dans cette période, transitoire en effet, voici venir à l'horizon le terme qui définira notre position sociale ; or, que l'avenir nous réserve notre autonomie d'odontologistes ou notre unification à un doctorat quelconque, nous ne récolterons, de toute façon, que selon ce que nous aurons semé.

La Société d'Odontologie a de brillantes campagnes à son actif, elle a montré sa puissance dans nos différents congrès, elle nous y représentera encore avec honneur cette année ainsi qu'à la section d'odontologie de l'A.F.A.S. C'est son plaisir mais aussi son devoir et son intérêt.

Notre profession a besoin que l'art dentaire, que nous représentons sous la forme complète, soit toujours de plus en plus élevé, et notre société doit le représenter toujours avec plus d'éclat. S'il faut des paroles qui fassent penser, les pensées appellent des actes, c'est à nous d'en produire par nos travaux scientifiques.

Nous avons tous le devoir de collaborer à l'œuvre commune plus activement que jamais, quelle que soit notre spécialité, que nous soyons odontologistes, stomatologistes, cliniciens ou prothésistes, pionniers de notre profession sous toutes ses formes complexes.

Nous avons tous le devoir de contribuer à nos travaux dans cette arène à la porte de laquelle les bruits de nos querelles politiques (j'allais dire de famille) doivent s'arrêter.

J'en appelle au sentiment de solidarité professionnelle pour que tous les membres de notre belle profession contribuent d'un commun accord à la puissance de l'édifice que seule peut donner l'union parfaite de toutes ses parties constituantes.

Donc, serrons les rangs pour la science odontologique, pour l'art dentaire français.

Heureux, mes chers collègues, si, par la simple expression de ma conviction, éloquence du cœur à défaut d'une autre éloquence, plus abondante ou plus cherchée, je puis, dans le sens interprété par le philosophe que je citais plus haut, contribuer par ces quelques « paroles »... à vous faire « penser ».

III. — Bridges amovibles.

M. G. Villain donne lecture de sa communication sur les bridges fixes et amovibles (ce mémoire sera publié ultérieurement).

Discussion.

M. le Président. — Quelqu'un demande-t-il la parole au sujet de la communication de M. Villain?

M. Heïdé. — Je trouve un peu sévère les critiques de M. Villain au sujet des bridges fixes et les inconvénients qu'il énumère me paraissent très cherchés. Pour ma part, j'ai placé un certain nombre d'appareils de ce genre depuis 10 ou 12 ans et je n'ai jamais observé les accidents dont il nous a parlé.

M. Godon. — Je voudrais féliciter notre jeune confrère M. Villain, de son très important travail. Il a passé en revue les bridges fixes, les bridges amovibles et il nous a appris quelques petites innovations qui, au point de vue de la construction des couronnes mobiles, sont vraiment intéressantes. M. Villain a étudié l'ensemble des conditions de construction et des conditions de durée des bridges, leurs avantages, leurs inconvénients, suivant que ce sont des appareils fixes ou amovibles. Il est évident que la plupart des inconvénients qu'il nous a signalés sont réels, mais ils sont réels théoriquement et beaucoup de praticiens diront, comme l'a dit M. Heïdé, qu'on a pu en poser et qu'on continuera à en poser encore, malgré les petits inconvénients, très théoriques, je le répète, qui nous ont été signalés par notre confrère.

M. Viau me rappelait tout à l'heure, avec raison, que nous voyons couramment dans la bouche de certains de nos patients des appareils fixes qu'ils portent depuis très longtemps. Pour parler simplement de cet inconvénient de l'immobilisation des dents, qui nous avait frappé de prime abord parce qu'il paraissait tout à fait anti-physiologique, nous voyons encore des bridges posés il y a 20 ans par Bing, qui se faisait une sorte de spécialité de ces appareils, et dans ces cas les dents ont très bien résisté, les bridges continuent à durer dans la bouche. Donc cette objection qui est celle qui nous a tous frappés est vraie théoriquement. En pratique on ne rencontre vraiment pas ces inconvénients immédiats ou prochains qui doivent nous faire rejeter le bridge fixe, puisque nous en voyons couramment durer 10, 15 et 20 ans.

Donc l'inconvénient qui nous était signalé par M. Villain à ce sujet n'a pas toute la portée qu'il pense. Il peut exister dans certains cas, lorsqu'on à affaire à des gens d'un état général peu satisfaisant. Il est évident qu'alors doit intervenir le sens clinique du praticien qui lui fera voir s'il est indiqué de poser un bridge fixe ou non. Mais si l'on a affaire à des individus bien portants, à des dents solides, les contre-indications n'existent plus et l'on citera facilement de nombreux exemples où des bridges posés dans de telles conditions ont résisté très longtemps, puisque nous citons des cas de 10, 15 et 20 ans.

Au point de vue du bridge amovible, il nous a beaucoup séduit théoriquement, mais il a aussi des inconvénients.

Il exige une exécution extrêmement parfaite et, si le malade le retire souvent pour le nettoyer, les points sur lesquels il est fixé peuvent s'user et le bridge acquiert ainsi une mobilité plus grande que celle qu'on espérait, si bien qu'il peut tomber dans la bouche.

Un bridge amovible théoriquement exécuté, ne bougera pas, mais il est bien plus difficile à exécuter que le bridge fixe et c'est ce qui fait que certains défauts d'exécution laissent parfois l'opérateur peu tranquille de sentir dans la bouche d'un malade un petit appareil très étroit qui ne présentera pas une fixité parfaite.

Il est évident que les couronnes que nous présente M. Villain et les différents moyens de fixation qu'il préconise remédient à tous les inconvénients qu'il nous a signalés et dans cette voie — où l'avait devancé M. Touvet-Fanton avec ses pivots à rotule — il y a des choses intéressantes à retenir. Il y a aussi des difficultés d'exécution assez grandes à signaler.

Il faut cependant que l'exécution soit parfaite, si l'on veut obtenir les résultats que préconise notre jeune confrère. Par conséquent tout en rendant pleine justice au travail qu'il nous présente, je dois dire qu'il ne faudrait pas le prendre à la lettre, et qu'il convient de ne pas rejeter les bridges fixes, ni les bridges amovibles lorsqu'ils sont parfaitement exécutés — et ils peuvent l'être. Il y a une question d'appréciation pour les cas où il convient d'appliquer un bridge fixe et ceux où il convient d'appliquer un bridge amovible, ou bien encore dans d'autres cas un bridge à pivots ou à couronnes articulées, tels qu'on nous les présente aujourd'hui.

Il y a là en tous les cas, de la part d'un jeune confrère récemment revenu d'Amérique, une communication très intéressante, dont, pour ma part, je tiens à le féliciter.

M. Frey. — Je crois avoir entendu dire à M. Villain que lorsqu'une racine était fatiguée par un bridge, elle présentait de l'arthrite, et que cette arthrite aboutissait à la formation d'une ankylose qui entraînait des phénomènes de résorption et d'expulsion. Je crois au contraire qu'en pareil cas l'ankylose d'une articulation alvéolo-dentaire est un bon résultat et je ne sache pas qu'une racine ankylosée dans son alvéole devienne un corps étranger ayant tendance à s'éliminer. Dans le traitement de la pyorrhée par exemple, un des éléments les plus importants est l'immobilisation pour tâcher d'obtenir cette ankylose alvéolo-dentaire.

M. Villain. — Je répondrai d'abord à M. Heïdé que je suis très partisan de rejeter le bridge fixe, mais seulement de grande étendue. Evidemment, ayant posé des bridges, je n'ai pu encore en observer les résultats au bout de douze ou quinze ans, mais voici deux an-

nées durant lesquelles j'ai passé une partie de mon temps à retirer des bridges qui avaient passé beaucoup moins de temps dans la bouche des patients, et qui cependant ont été posés par des confrères jouissant d'une réputation incontestée parmi nous.

Depuis quelques mois spécialement j'ai observé des cas de fractures des racines. Lorsqu'une personne ayant des dents saines, qu'on lui a dévitalisées pour mettre un bridge, vient vous trouver avec son appareil dans sa poche et lorsqu'après examen vous constatez qu'elle a deux dents fracturées, je me demande si, lorsque vous voyez de tels résultats, vous ne vous dites pas aussitôt :

Est-ce que tous les bridges que j'ai faits vont produire ces mêmes effets ?

Je suis partisan des bridges, fixes ou amovibles de petite étendue, comme je vous l'ai dit, mais où je n'en suis plus du tout partisan, c'est lorsque nous avons affaire à des racines dont la direction est entièrement opposée.

Dans le bridge amovible, nous sommes obligés de rechercher le parallélisme. Or dans certains cas il est absolument impossible de trouver ce parallélisme. Nous sommes pourtant obligés de mettre des pivots dans les racines, et cependant l'articulation ne permet pas de les mettre suffisamment longs.

M. Heïdé disait que le bridge théorique ne devait pas amener l'ébranlement dans l'occlusion. Oui, mais dans l'action de la mastication, si le patient mord un corps dur, les deux dents n'ont plus aucun point d'appui et c'est à ce moment que l'ébranlement se produit, et non pas dans l'occlusion. Or, si votre bridge est bien combiné, vous ne devez pas amener l'ébranlement, c'est dans l'acte de la mastication que cet ébranlement se produit.

Je trouve qu'on fait un abus du bridge. Je ne suis pas le seul de cette opinion ; dans tous les traités de bridge, vous trouverez en effet au moins une longue page, où l'on parle des insuccès, où l'on énumère les cas de non-réussite, et la conclusion fait toujours ressortir l'abus du bridge.

Chez les arthritiques en général, chez les rhumatisants et les goutteux, la pyorrhée alvéolaire produit plus fréquemment des accidents et ceux-ci sont plus rapides. Lorsque nous plaçons un bridge chez un malade dont l'état général indique qu'il est prédisposé à la pyorrhée, nous précipitons la perte des dents qui serviront de points d'appui.

Pour répondre à M. Godon, qui a fait les mêmes objections à peu près que M. Heïdé, je dirai que pour le bridge amovible plusieurs points de rétention sont nécessaires. Un bridge mal construit ne tiendra pas dès le début. Si le bridge tombe dans la bouche, c'est parce qu'il n'y a pas de points de rétention. L'articulation ne

permettant souvent pas d'avoir une couronne suffisamment haute pour que la rétention soit très suffisante, il est très important dans les bridges amovibles de mettre des pivots fendus. On ne verra ainsi jamais de bridge amovible tomber dans la bouche.

M. le Président. — Je remercie encore une fois notre confrère pour sa communication, Je voudrais vous dire un mot sur son travail. Notre confrère m'ayant fait des emprunts, je voudrais ne pas paraître plus royaliste que le roi. Bien que j'aie fait le procès des appareils complètement scellés, des bridges fixes et que j'aie préconisé l'emploi des pivots à rotule, je considère que tous les bridges fixes ne sont pas mauvais pour cela, qu'ils peuvent être exécutés avec beaucoup de chances de succès.

Chaque fois qu'on place des pivots à rotule, il ne faut pas se contenter de prendre les pivots comme points d'appui de l'appareil, il faut également leur mettre des piliers mobiles sous forme d'attaches latérales, de demi-anneaux, par exemple, qui sont accotés le long des dents. Ces points d'appui permettent à l'appareil de rester dans la position initiale où il a été placé.

J'adresse encore une fois à M. Villain, au nom de la Société d'Odontologie, toutes nos félicitations pour sa remarquable communication.

Je donne maintenant la parole à M. Blatter, qui, en l'absence de M. Payotte, va nous donner lecture de la communication de ce dernier.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
GEORGES LEMERLE.

AMERICAN DENTAL CLUB OF PARIS

Séance de février 1907.

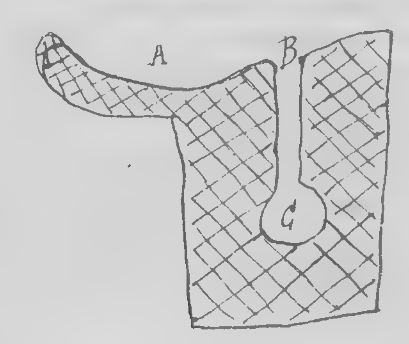
La séance de février de l'American D. C. P. fut précédée d'une démonstration pratique du Dr Hartley de Dresde qui a fait dans l'après-midi chez M. Hotz la construction d'un inlay en or d'après sa propre méthode.

Cette méthode fut discutée à la séance du soir (chez M. Hirschfeld) en présence d'une trentaine de confrères. Tout en rendant justice à la valeur pratique de cette méthode, l'impression générale de la société est la suivante :

La méthode de M. Hartley est tout d'abord tellement compliquée qu'elle occasionne une perte de temps considérable. Il faut donc de toute façon que l'opérateur soit secondé par un aide *ad hoc* (opinion

de *M. Jenkins*). On penche donc en faveur de la méthode de M. Solbrig (le coulage de l'or en bloc à cire perdue).

Pour simplifier cette méthode de Solbrig, *M. Burt* a présenté un petit appareil, qui dénote de la part de son inventeur un sens pratique peu commun. Que l'on se figure un bloc en plâtre qui non seulement contient la forme de l'inlay à remplir mais en même temps le récipient pour y fondre l'or! Par le schéma vous voyez la coupe de l'appareil: *a* représente le creux où vous fondez l'or; *b* le canal par où l'or doit être coulé pour tomber dans la forme; *c* le bloc à faire. On fait d'abord partir la cire; ensuite on chauffe le plâtre (mélangé avec du talc); on fait fondre l'or en *a* et, en inclinant légèrement le pied, l'or fondu tombera dans le canal. C'est aussi simple que pratique et cela a soulevé l'enthousiasme unanime des membres.



MM. Holz et *Villain* admirent dans la méthode de Hartley la précision de la prise de l'empreinte.

M. Platschick préconise des trous à air pour empêcher l'or fondu de former des vents. Lui aussi préfère la méthode de Solbrig.

M. Jenkins, en parlant des inlays en or en général, est d'avis qu'ils répondent à un besoin absolu de la profession. Le patient ne veut plus des séances exagérées pour une aurification. Le dentiste lui-même ne devrait pas user ses forces, s'il peut sauver la dent par une méthode moins fatigante. D'autre part, la couche de ciment indispensable constituera toujours une zone isolante non conductrice des influences thermiques sur la pulpe, facteur très appréciable.

Il est évident que ces inlays en or ont aussi leurs défauts; il est par exemple difficile de percer ces blocs quand il s'agit d'ouvrir la pulpe en cas d'infection; leur apparence aussi est une objection, mais, toutes choses considérées, ils valent la peine de les employer.

M. Platschick a présenté une reproduction d'une pièce dentaire portée par le Dr Allan.

M. Gires a consulté la réunion sur un cas de redressement très compliqué.

M. Choquet a présenté le crâne d'un singe présentant les symptômes de la pyorrhée sur les dents du côté gauche.

(Cette idée a été combattue par M. Hotz, qui a cru devoir réduire la pyorrhée à la présence de 2 dents cariées, empêchant le singe de mastiquer sur ce côté-là.)

M. Choquet a montré aussi un maxillaire inférieur de vieillard dont les quatre incisives, les canines et deux petites molaires sont restées incluses dans la partie osseuse. M. Choquet croit à une troisième dentition.

M. William Davenport a présenté ses premiers essais de bridges coulés, fort bien réussis.

Il consulte M. Platschick sur l'opportunité d'établir des trous à air pour ce genre de travaux. M. Platschick est de cet avis. Pour empêcher le métal en fusion de former des bulles il faut faire des trous dans le plâtre, qui en même temps ne devra pas être surchauffé.

Ce même praticien fait part à l'assemblée d'une observation publiée par M. Escat de Toulouse dans le *Laryngologiste* : celui-ci a remarqué que chaque fois qu'il a introduit une solution (10 0/0) de cocaïne dans le nez en vue de petites opérations locales, les incisives du haut et la canine du même côté sont devenues insensibles. Donc, pourquoi pas employer ce moyen pour l'anesthésie des dents ?

M. Kritschewsky appuie cette idée sur laquelle M. Lermoyez de Paris a déjà attiré l'attention des dentistes et que ce praticien qualifie d'anesthésie « inoffensive ».

La séance est levée sur un vote de remerciements à l'adresse de M. Hartley.

M. Hirschfeld,
Secrétaire-éditeur de l'A. D. C. P.

Erratum. — Dans le compte rendu de la séance de janvier de l'*American Dental Club of Paris* (Odontologie 1907, p. 83) une petite erreur a été faite au sujet des observations présentées par M. Burt sur les inlays coulés dans des matrices de platine.

M. Burt a dit que dans ses premières expériences, en fondant l'or *avec le chalumeau directement dans la matrice de platine* celle-ci s'est fondue *plusieurs* fois et non pas *régulièrement* comme cela a été dit par erreur dans le compte rendu.

M. H.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE BUDGET DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE AU SÉNAT

La discussion du budget du Ministère de l'Instruction publique au Sénat a donné lieu, dans la séance du 22 janvier dernier, aux observations suivantes :

M. Reymond (sénateur de la Loire). Le chapitre 11 (Université de Paris) comporte un crédit de 1.200 fr. nécessaire pour maintenir en exercice trois agrégés de la faculté de médecine de Paris.

C'est la réponse modeste à une demande plus générale adressée à tous les parlementaires et signée de presque tous les professeurs et agrégés des facultés et écoles de médecine françaises. Cette question de pérennité de l'agrégation n'est elle-même qu'une parcelle des modifications à faire subir aux études médicales.

Je me garderais, monsieur le Ministre, de rien proposer touchant aux budgets de nos facultés. Toute tentative à cet égard est, pour l'instant, frappée d'insuccès, et, s'il était besoin d'un exemple, je rappellerais le beau geste du Conseil municipal de Paris qui vota, il y a quelques années, les sommes suffisantes pour créer des cliniques dont on était en droit d'attendre si grand bien et pour les malades et pour l'enseignement.

Le Conseil municipal avait compté sans les privilèges dont la faculté ne peut se dépouiller, alors même qu'elle le désire : les cliniques ne gardèrent de municipal que l'argent qu'elles ont coûté et qu'elles coûtent encore, mais elles rentrèrent sous le giron de la faculté de médecine et durent lui emprunter son fonctionnement suranné, malgré le mérite et le bon vouloir de ceux qui furent placés à leur tête.

Aucune modification budgétaire touchant l'enseignement médical ne peut être proposée sans qu'on touche à l'ensemble des réformes. Si certains laboratoires dépensent à eux seuls autant que tous les autres à la fois, il convient avant de s'en plaindre d'établir d'abord leur rôle et leur utilité.

Si, à Paris, l'éducation clinique attribuée à un petit nombre de services oblige l'Etat à payer cher un résultat médiocre, il faut savoir, qu'il suffirait d'un trait de plume pour que demain soit ouvert aux étudiants faisant leur stage l'ensemble de tous les services de Paris, où ils trouveraient les maîtres avides d'enseigner, les éléments de travail précieux entre tous, et que cette école des hôpitaux, des-

tinée à devenir la plus belle du monde, n'aurait pour sa création rien coûté au budget.

Les réformes des études médicales s'imposent aujourd'hui : M. Couyba, rapporteur du budget de l'instruction publique à la Chambre, en a fait une étude longue, documentée et intéressante.

Si M. Maurice-Faure, dans son rapport au Sénat, ne s'est pas étendu sur la même question, ce n'est pas, je le sais, qu'il en méconnaisse l'intérêt.

M. le Rapporteur. Certainement !

M. Reymond. Il y a plus de quinze ans que professeurs et agrégés proclament la nécessité des réformes : le rôle attribué à ces maîtres est tel qu'ils sont les premiers à juger sévèrement, sinon l'enseignement qu'ils donnent, du moins les résultats qu'ils obtiennent.

Ces réformes, les étudiants les réclament, eux aussi, avec insistance et précision : ils constatent l'insuffisance des connaissances pratiques qu'on leur demande, la pauvreté des moyens d'enseignement, l'impossibilité où ils sont d'apprendre dans le temps donné ce qui leur est aujourd'hui indispensable : ce sont eux qui insistent sur la nécessité de prolonger d'un an les études médicales.

Le rapport de M. Couyba énumère longuement les plaintes que présentent avec raison ceux qui enseignent, ceux qui pratiquent et ceux qui étudient.

Je n'en dis rien ; en revanche, je désire rappeler, messieurs, à votre attention ceux dont on ne parle pas et qui ne paraissent pas les moins intéressants : j'entends ceux qui souffrent, les malades eux-mêmes.

L'ensemble des connaissances que doit aujourd'hui posséder un médecin est considérable : le médecin de campagne, qui ne peut compter sur l'aide d'un confrère, devrait être théoriquement un savant encyclopédiste ; du moins doit-on exiger de lui, dans l'intérêt de ceux qu'il soigne, qu'il possède, entre autres pratiques médicales, celle de la chirurgie courante et des spécialités diverses. Il n'en est, hélas, pas toujours ainsi et pour préciser, je prends, comme exemple, le traitement d'une affection fréquente nécessitant l'intervention facile et banale de chirurgie vulgaire.

Je veux parler de la hernie étranglée, dont le pronostic n'est envisagé comme grave que si l'intervention est tardive. Aujourd'hui, même dans les pays les moins bien desservis, le médecin a chance d'arriver auprès du patient en temps opportun. Et cependant que surviendra-t-il si les conditions ou l'état du malade empêchent celui-ci d'être transporté dans la ville voisine ?

Dans un certain nombre de cas — il faut, messieurs, avoir le courage de le dire — on laissera implacablement mourir le malade, parce que le praticien n'aura jamais fait l'intervention qui permettrait de le sauver.

M. Flaissières. C'est parfaitement exact.

M. Reymond. Je vous prie de croire que si j'ose apporter ici de semblables arguments, c'est qu'il s'agit de faits dont je me suis assuré moi-même.

Et lorsque dernièrement je reprochais à un jeune docteur, faisant de la clientèle depuis quatre ans déjà, d'être incapable de procéder à une opération si simple. « Où l'aurais-je appris, m'a-t-il dit ? J'ai fait brillamment à Paris mes études médicales dans le minimum de temps ; j'ai été reçu à tous mes examens avec de bonnes notes ; mais n'ayant fréquenté les hôpitaux que comme stagiaire, je n'ai jamais eu l'occasion de toucher un bistouri et bien moins encore d'y pratiquer l'opération dont il s'agit. »

M. Flaissières. C'est très vrai.

M. Reymond. Si l'on faisait chaque année le relevé des morts dues, comme celles-ci, à une insuffisance pratique de certains médecins parfois très brillants en théorie, on atteindrait un chiffre dépassant celui des morts qu'ont occasionné les pires catastrophes, celles dont le retentissement dramatique fait ensuite rechercher jalousement les responsabilités.

Or, dans la mortalité que je signale, les responsabilités existent aussi. Elles atteignent non pas les praticiens que leur instruction a laissés au-dessous de leur tâche, mais bien mieux ceux qui ont trouvé cette instruction et qui l'ont jugée complète alors qu'elle ne l'était pas. La responsabilité pourrait remonter plus haut encore et atteindre tous ceux qui, ayant la possibilité de participer à la réforme des études médicales, auraient négligé de le faire.

Et le monde médical s'en rend si bien compte qu'aujourd'hui, sociétés des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris, société de l'internat, syndicats médicaux, sociétés savantes étudient cette question pour laquelle un congrès général des praticiens de France va bientôt se réunir.

Le groupe médico-parlementaire a cru devoir, monsieur le ministre, insister auprès de vous sur l'utilité qu'il y aurait à constituer une commission comprenant non pas seulement des personnalités professorales dont la situation peut contrarier l'indépendance, mais aussi tels praticiens dont la compétence est indiscutable ; j'ajouterais volontiers tels étudiants qui savent ce qui leur manque, ce dont ils ont besoin et qui ont su déjà le préciser en différentes occasions.

L'étude des réformes médicales fermente de toutes parts : les projets abondent ; le choix en est délicat. Vous saurez, monsieur le ministre, mieux que tout autre, guider les bonnes volontés qui s'empressent autour de cette question. *(Très bien ! très bien ! — Applaudissements sur divers bancs.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre. Messieurs, les observations développées par l'honorable M. Reymond posent la question de la réorganisation complète des études médicales.

Je ne me suis pas désintéressé de cette question ; elle est à l'étude et, déjà, par les soins de mon administration, il a été provoqué, dans toutes les facultés de médecine, une consultation générale grâce à laquelle nous avons obtenu des renseignements précieux sur les réformes qu'il importe de faire.

Dès à présent, nous nous occupons de constituer une commission chargée d'éluder [1] la question, et je puis assurer à l'honorable M. Reymond qu'elle sera composée de telle manière que toutes les compétences puissent s'y faire entendre. Non seulement les droits et les intérêts de l'Université y seront représentés, mais aussi les droits, les intérêts et la compétence des médecins. *(Très bien! très bien!)*

M. Reymond. Je remercie M. le ministre.

M. le président. Il n'y a plus d'observation sur le chapitre 11 ?...

Je mets aux voix le chiffre de 3.842.925 francs voté par la Chambre.

(Ce chiffre n'est pas adopté).

M. le président. Je mets aux voix le chiffre nouveau de 3.818.025 fr. proposé par la commission.

(Le chapitre 11, avec le chiffre de la commission, est adopté.)

LES HONORAIRES DES DENTISTES

Le dentiste exerce une profession libérale et ce qu'il vend ce n'est pas une marchandise ou une matière, mais son temps. La valeur de ce temps varie avec l'étendue de sa pratique et de son habileté.

C'est donc une erreur du patient de penser que c'est le prix de la matière employée qui règle les honoraires du dentiste. De même l'habitude de quelques praticiens de compter un prix uniforme pour les obturations, quel qu'en soit l'état, sans tenir compte du temps passé, provient d'une conception erronée.

Le patient ne doit jamais supposer que c'est la valeur de l'or employé qui motive le prix élevé des aurifications et des couronnes. Les praticiens qui basent leurs honoraires sur la valeur intrinsèque des

---

1. Les typographes font parfois des coquilles bien singulières.

Avec les habitudes qu'on connaît à l'Administration on peut trouver en effet qu'elle cherche plutôt à *éluder* les questions qui la gênent qu'à les *élucider*.

Nos lecteurs ont certainement réparé la malice de cette coquille en rétablissant le véritable mot.

matières employées devraient, pour être logiques, ne pas demander davantage pour une obturation de porcelaine que pour une obturation plastique. Il appartient aux professeurs des écoles dentaires de rectifier cette opinion fausse.

En ce qui concerne la prothèse, la chose est plus délicate. Il n'est pas juste de compter le même prix pour un dentier en or que pour un dentier en vulcanite. La différence ne doit pas simplement représenter la différence de valeur intrinsèque des deux matières, mais doit, de plus, représenter la différence du temps passé par le mécanicien pour les confectionner.

Le système qui consiste à demander tant par dent simplement ne nous semble pas bon ; nous estimons qu'il faut demander tant en plus par dent naturelle touchée par le dentier, surtout quand celui-ci est en métal. Ce système en effet tient compte de la matière, du temps et du travail.

Le journal *The Dental Surgeon*, d'où nous extrayons ces observations, organise à cet égard une sorte de referendum parmi ses lecteurs. La question n'est donc pas encore tranchée.

LA QUESTION DE L'ENSEIGNE DANS LA PROFESSION

Quand on voit tout le mur d'une maison occupé par l'enseigne d'un dentiste, il n'est pas besoin de se demander à quelle catégorie ce praticien appartient. Les enseignes des hommes marquants dans la profession ne couvrent pas les murs et ne sont pas accrochées aux fenêtres. Souvent on ne trouve pas autre chose que leur nom dans l'Almanach du commerce et leur nom sur une petite plaque fixée à leur porte.

Il est beaucoup de dentistes qui n'ont pas besoin d'enseigne du tout : la qualité de leur travail et de leurs soins est le meilleur moyen d'amener des patients chez eux.

Une enseigne discrète et sans prétention et un cabinet propre, installé avec goût, frappent l'esprit du patient et gagnent sa confiance.

Tels sont les conseils à donner à de jeunes diplômés sur le point de s'établir.

(*Dental Summary.*)

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Extrait d'un arrêt rendu par la Cour d'appel de Rennes.

La Cour,

En la forme :

Attendu que Gerbault a pris des conclusions, par lesquelles il déclare se désister de l'appel formé par lui contre le jugement rendu le 11 avril 1906, par le Tribunal correctionnel de Brest;

Décerne acte à Gerbault de son désistement.

Au fond :

Sur l'appel d'Hélot et du ministère public :

Attendu qu'il y a lieu de confirmer, par adoption de motifs, le jugement attaqué, en ce qui concerne la condamnation à l'amende et aux dommages-intérêts ; qu'il échet toutefois de considérer, en outre, comme établi par l'instruction et les débats, que Gerbault s'est rendu coupable du délit relevé contre lui, non seulement parce qu'il n'était pas inscrit au rôle des patentés en qualité de dentiste avant le 1er janvier 1902, et parce qu'il ne prouve pas, par écrit, son association avant cette date avec un dentiste patenté, mais aussi parce que, sans être muni du diplôme de chirurgien-dentiste et sans exciper d'aucune autre exception légale, il a, à Brest, depuis moins de trois ans, pris part habituellement à la pratique de l'art dentaire, en se livrant aux opérations usuelles qu'elle comporte et ce, sans qu'il invoque, d'ailleurs, aucun cas d'urgence avéré ;

Attendu que le jugement entrepris, tout en fixant au minimum la durée de la contrainte par corps, a omis de spécifier expressément que la condamnation à l'amende et aux dépens était prononcée sous ladite sanction ;

Attendu que, tout en rejetant le chef des conclusions relatif à la publicité à donner au jugement, le Tribunal a omis de motiver, sur ce point, sa décision ;

Qu'il échet, d'ailleurs, de réformer à cet égard le jugement ; qu'en effet, il résulte des circonstances de la cause, que la partie civile est fondée par la sauvegarde légitime de ses intérêts à réclamer l'*insertion* du jugement et de l'arrêt dans le journal *La Dépêche de Brest,* sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 100 francs ;

Attendu que la partie civile n'a pas reproduit devant la Cour le chef de ses conclusions, tendant à une insertion dans un journal dentaire de Paris ; qu'elle paraît donc l'avoir abandonné ; qu'au surplus, l'insertion dans un seul journal constituera une réparation suffisante ;

Attendu, qu'en fait, il ne semble pas nécessaire d'ajouter aux satisfactions pécuniaires sus-visées celle qui consisterait à ordonner la *fermeture* du cabinet dentaire tenu à Brest par Gerbault, non plus que l'*enlèvement des enseignes* indiquant le cabinet où exerce Gerbault et celles qui peuvent être apposées ailleurs ;

Par ces motifs :

Confirme le jugement entrepris, y additant toutefois, condamne *par corps* Gerbault à l'amende et aux dommages-intérêts prononcés en première instance ;

Ordonne, aux frais de Gerbault, l'insertion du jugement et du présent arrêt dans un numéro du journal *La Dépêche de Brest,* sans que le coût de l'insertion dépasse 100 francs ;

Déboute la partie civile de toutes ses autres fins et conclusions ;

Condamne par corps le prévenu aux dépens ;

Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Opérateurs sans diplôme. — Cabinet dentaire. — Exercice illégal de l'art dentaire. — Complicité. — Dommages-intérêts.

Cour de Paris : 20 octobre 1904 [1].

Lorsqu'un cabinet dentaire fonctionne d'une façon illicite, au moyen d'opérateurs sans diplôme choisis par le fondateur-directeur du cabinet, qui choisit et paie les opérateurs, reçoit des clients le prix des opérations, paie le loyer et la patente du local occupé, ce fondateur se rend complice du délit d'exercice illégal de l'art dentaire, pour avoir procuré les médicaments et fourni les moyens ayant servi à le commettre, sachant qu'ils devaient y servir.

Il prétend en vain que les opérations avaient lieu sous la surveillance d'un docteur-médecin, dès lors que celui-ci a déclaré ne pas s'occuper de ce qui se passait au cabinet dentaire et avoir eu le tort de prêter l'usage de son nom et de son titre pour couvrir ces agissements illicites.

Dès lors, le Syndicat des chirurgiens-dentistes a droit à réparation du préjudice ainsi causé.

(Syndicat des chirurgiens-dentistes de France c. Debraux et autres.)

F. W.

---

1. V. *Bulletin du Syndicat des chir.-dent.*, novembre 1904.

BULLETIN DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

VISITE DU PROFESSEUR LANNELONGUE

Le professeur Lannelongue, sénateur, rapporteur du projet de réforme des études et des examens dentaires, est venu visiter l'Ecole dentaire de Paris le jeudi 14 février, à 9 heures 1/2 du matin, en compagnie de M. P. Strauss, sénateur.

Il a été reçu par MM. Godon, directeur, d'Argent, vice-président, Blatter, secrétaire général, les membres du Conseil de direction et du corps enseignant du service du jeudi. Après les présentations d'usage par le Directeur, la visite a commencé par le service de réception des malades au dispensaire. M. Godon a donné des explications sur les conditions d'admission et de contrôle des malades (fiches individuelles, registres d'inscription des malades et de statistique des opérations), et montré la salle d'attente des malades.

La visite s'est continuée par les différentes cliniques où sont dirigés les malades suivant le cas qui les amène : clinique de chirurgie, clinique dentaire, clinique d'anesthésie, clinique et laboratoire de prothèse.

Les travaux de prothèse exécutés par les élèves de première, deuxième et troisième année, ont paru intéresser M. Lannelongue, qui s'est renseigné sur le fonctionnement du service des appareils fournis aux malades de l'Assistance publique et qui a poussé ses investigations jusqu'à la salle où se font les modelages.

Les visiteurs se sont rendus alors dans les deux amphithéâtres, où ont lieu tous les jours les cours théoriques, de 5 h. à 7 h. Ils sont passés ensuite dans la salle de dentisterie opératoire où 90 élèves environ, sous la direction de 7 démonstrateurs (3 journaliers, 4 hebdomadaires), donnent des soins aux malades ; une série de travaux exécutés sur les malades par nos élèves ont été présentés ; ils ont assisté à une démonstration pratique (aurification) par M. Levett, professeur de service. De là ils sont entrés en première année où tous les travaux, dessins, dents de cire, fantôme, etc., ont été soigneusement examinés par M. Lannelongue, qui a trouvé cet enseignement préparatoire très bon et indispensable.

Pour se reposer un peu de cette course, le Prof. Lannelongue relate l'historique du proverbe *menteur comme un arracheur de dents,* qui a jeté sur notre profession quelque discrédit : *Histoire de Garengeot.*

Cette causerie, pleine de charme et d'intimité terminée, l'éminent

chirurgien passe en quatrième année (salle Lecaudey), assiste à une démonstration sur les inlays de porcelaine et se fait présenter des travaux, couronnes, travail à pont, tous exécutés dans la bouche de malades.

On visite ensuite la bibliothèque, la clinique d'anesthésie. Le service de la dissection canine faite par M. Julien aux élèves de première année intéresse vivement M. Lannelongue.

On se rend alors au secrétariat où sont déposées les fiches des malades après traitement ; les carnets et les dossiers scolaires, les dossiers cliniques, le registre de contrôle des inscriptions, enfin tous les documents ayant trait au fonctionnement de l'enseignement et du Dispensaire sont montrés aux visiteurs.

A 11 heures 1/2 la visite se terminait par une réception dans la salle du Conseil.

M. Godon souhaite la bienvenue au professeur Lannelongue, rappelle que, dans ses remarquables travaux scientifiques, il s'est souvent occupé d'odontologie. Il se félicite du choix que la Commission de médecine et de pharmacie du Conseil supérieur de l'Instruction publique a fait de sa personne pour examiner les projets de réforme des études et des examens dentaires. Il énumère brièvement ces réformes, auxquelles il le prie de donner son appui, et qui seules assureront le relèvement scientifique et technique des études dentaires et du diplôme de chirurgien-dentiste qui les couronne.

Ces réformes sont les suivantes :

Relèvement des études préliminaires par la suppression du certificat d'études secondaires.

Création d'un stage de prothèse de deux ans avec un examen de validation de stage.

Rétablissement des examens de fin d'année.

Transformation du 3e examen par l'adjonction d'une épreuve de dentisterie opératoire et de prothèse dentaire pour élever le niveau des connaissances techniques.

Le professeur Lannelongue remercie de l'accueil qui lui a été fait ; il félicite le directeur et ses collègues de tout ce qu'il vient de voir, qui l'a fortement intéressé. Il constate le résultat excellent que donne cette institution d'initiative privée, qui marche avec une administration aussi complexe et si bien dirigée. Il dit que le sort des chirurgiens-dentistes est assuré du plus bel avenir, qu'une série de réformes vont se réaliser sous peu ; il est d'avis qu'un certificat supérieur soit exigé pour l'entrée dans les écoles dentaires ; il approuve le stage qui devra, selon lui, se faire là où toutes les garanties pédagogiques sont assurées, et il approuve la validation de ce stage par un examen.

M. Lannelongue est partisan de la réforme des examens d'Etat. Les élèves devront passer le 1er examen à la fin de la 1re année, le 2e exa-

men à la fin de la 2e année, enfin le 3e examen à la fin de la 3e année.

Le troisième examen est insuffisant : il faut des épreuves plus sérieuses et entièrement pratiques, des travaux de prothèse et de dentisterie opératoire durant un ou deux jours. Il estime que ces examens doivent être subis dans les locaux où le matériel nécessaire est installé, les écoles par exemple ; il trouve juste et parfaitement légitime que les professeurs dentistes des écoles fassent partie du jury du 3e examen.

Enfin M. Lannelongue formule le vœu que toutes nos revendications se réalisent, il les appuiera, car elles sont logiques et indispensables pour l'exercice de notre art.

M. Strauss déclare à son tour qu'il ne veut pas quitter l'école, qu'il connaît de si longue date, sans adresser à son directeur, à ses professeurs, à ses administrateurs, l'admiration qu'il éprouve pour cette belle œuvre de philanthropie et d'éducation due à l'initiative privée ; aussi, d'après lui, les pouvoirs publics seront tenus à lui rendre hommage en réalisant de si justes revendications pour le bien de la profession.

MM. Lannelongue et Strauss ont quitté l'École à midi un quart, après une visite de deux heures 1/2 ; c'est assez dire que cette visite a été complète et minutieuse.

Blatter.

NOUVELLES

Démission.

Nous apprenons que notre collaborateur M. L. Frey, professeur à l'École dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux, vient de donner sa démission du Comité d'organisation du Congrès de stomatologie.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M. Louis Ratoré, chirurgien-dentiste à Bar-le-Duc, avec Mlle Cécile Beaujouan, de Paris, célébré le 5 février, et le mariage de M. Bernard Khodoss Schapiro, chirurgien-dentiste à Paris, avec Mlle Suzanne Lehmann, célébré le 20 février.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Distinctions honorifiques.

On lit dans le *Journal officiel* du 13 février 1907 :

Sont nommés Officiers de l'Instruction publique.

MM. Barrié (Jean-Baptiste-Elisabeth) ; Levadour (Napoléon-Gilbert-Henri-Auguste), chirurgiens-dentistes à Paris ; Sintés (François), à Alger.

Sont nommés Officiers d'académie.

MM. Dr Brugeille (Emile), dentiste des hôpitaux à Bordeaux ; Dr Bigaignon (François-Léon), médecin-dentiste à Paris ; Buscail (Henri-Robert) ; Bassot (Louis) ; Cyboulle (Frédéric-Félix), chirurgiens-dentistes à Paris ; Dehogues, à Sartrouville ; Delu (Edouard-Alexandre), à Nogent-sur-Marne ; Mme Leclerc née Mélin (Charlotte-Jeanne-Marie-Henriette-Victorine) ; M. Le Monnier (Hugo-Peter-Ferdinand) ; Mlle Maurel (Marthe), à Paris ; MM. Nespoulons (Louis-Joseph), à Rodez ; Pélissier, à Paris.

Nous adressons nos bien sincères félicitations à nos confrères et plus particulièrement à MM. Barrié, professeur, et Pélissier, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, à MM. Buscail, Bassot, Dehogues et à Mlle Maurel, membres de l'Association générale des dentistes de France.

Exposition d'hygiène.

Du 4 au 9 avril aura lieu à Porto le 4e Congrès national contre la tuberculose. Une Exposition d'hygiène, comprenant les moyens actuels dont nous disposons pour lutter contre cette maladie, y sera annexée.

Cette Exposition, qui aura lieu dans le Palais de la Bourse, comprendra trois sections subdivisées en 18 classes.

Les demandes d'inscription et la note détaillée des objets à exposer doivent parvenir au Secrétaire du Comité d'organisation de l'Exposition avant le 15 mars 1907, Institut Pasteur de Porto (Portugal).

L'Exposition sera ouverte du 4 au 20 avril et les récompenses seront distribuées à la Séance solennelle de clôture du Congrès.

Les exposants étrangers jouiront de l'avantage d'exposer leurs produits sans payer de droits de douane.

Association générale des Dentistes de France.

Le Conseil de direction de l'Association s'est réuni le samedi 23 février, à 8 h. 1/2 du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Il a constitué son Bureau de la façon suivante :

Président : M. Francis Jean.

Vice-présidents : MM. d'Argent et Pont (de Lyon).

Secrétaire général : M. G. Fouques.

Secrétaire adjoint : M. Lalement (de Paris).

Trésorier : M. Viau.

Conseil général du Groupement de l'École dentaire de Paris.

Le Conseil général du Groupement s'est réuni le dimanche 24 février, à 9 heures du matin, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Il a constitué ainsi sa Commission exécutive pour 1907 :

Président : M. Godon.

Vice présidents : MM. Lemerle, Roy.

Secrétaire général : M. Blatter.

Trésorier : M. Bioux.

Commissaires : MM. F. Jean, Viau, Touvet-Fanton, Brodhurst, Cecconi, d'Argent, Pont.

Il a constitué de la façon suivante la direction, la rédaction et l'administration de *L'Odontologie :*

Directeur : M. Godon.

Rédacteur en chef : M. Roy.

Administrateur-gérant : M. Blatter.

Secrétaire de la Rédaction : M. Dreyfus.

Comité de rédaction et d'administration : MM. Choquet, d'Argent, Frey, Francis Jean, L. Lemerle, G. Lemerle, Touchard, Viau.

Chambre Syndicale.

Le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France a composé ainsi la Chambre syndicale pour 1907 :

MM. Blatter, Delair, Devoucoux, Lalement (de Paris), Viau.

Caisse de prévoyance des dentistes.

Le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France a composé ainsi le Comité d'administration de la Caisse de prévoyance pour 1907 :

MM. Debray, Jeay, Viau.

F. D. N.

Une réunion des membres du Bureau de la F. D. N. a eu lieu le dimanche 24 février. Tous les membres étaient présents : MM. Godon, Sauvez, Viau, Delair, Blatter, Pont (de Lyon), Brodhurst (de Montluçon).

M. Francis Jean a été nommé président pour 1907.

TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

? N° 240. — *Un enfant de quatre ans ayant perdu les deux incisives centrales supérieures temporaires à la suite d'une chute, peut-on espérer leur remplacement à l'âge de sept ans d'après l'ordre chronologique normal ?*

Léon Grosso, à Marseille.

☞ *Réponse.* — Vraisemblablement les deux incisives permanentes feront leur éruption à moins que le traumatisme n'ait été assez violent pour détruire complètement le germe de ces dents. Peut-être même l'éruption se fera-t-elle un peu plus tôt que la normale, ainsi que cela se produit généralement après l'extraction prématurée des dents de lait ; mais il est à craindre que ces dents ne présentent quelque anomalie analogue à celle décrite par M. Frey dans un cas semblable. (Voir *Odontologie* 1907, p. 70).

M. R.

27e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1907 VOL. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

PATHOGÉNIE DE LA CARIE DENTAIRE

Troubles réactionnels que provoquent les infections dans les tissus durs dentaires. Démembrement de la carie. Classification nouvelle basée sur l'histologie pathologique et sur la clinique [1].

Par MARCEL CAVALIÉ,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

(Suite et fin.)

C. *Troisième cas. Dentinites chroniques, formes pulvérulentes, mixtes, etc.* — Comme dans le premier cas (dentinites raréfiantes), la succession des quatre zones est identique. Mais dans les zones de ramollissement et de destruction il n'y a pas de réaction odontoclastique ; donc pas de petites cellules ni d'odontoclastes.

Le travail destructif, à ce niveau, est assuré seulement par les agents microbiens et par l'action de leurs produits sécrétés. Des débris émiettés, pulvérulents, de tissu dentinaire occupent ces deux zones ; il y a décalcification plus ou moins complète, dislocation, sans fonte de substance.

La zone opaque est la région d'envahissement microbien et d'altérations consécutives du tissu.

La zone transparente indique l'existence d'une réaction, la réaction odontoblastique, lorsque la couche des odontoblastes n'est pas encore détruite.

1. V. *L'Odontologie*, des 15, 30 janvier 15 et 28 février 1907.

La marche de la maladie est ici moins rapide que dans les dentinites raréfiantes.

Le travail destructif microbien exerce seul son action, et la rapidité ou la lenteur de la marche dépendront de la résistance, densité, ou valeur du tissu dentinaire, ainsi que de l'intensité de la réaction odontoblastique de défense.

VI. Valeur des trois variétés de dentinites. — Les dentinites raréfiantes et condensantes sont deux variétés extrêmes.

Les dentinites raréfiantes sont difficiles à observer histologiquement, eu égard aux précautions à prendre que j'ai indiquées. La rapidité de leur marche s'explique par ce fait qu'au travail destructeur microbien s'ajoute celui des odontoclastes (réaction odontoclastique).

La réaction odontoblastique produit une barrière de défense insuffisante. Mais que, pour des raisons inappréciables encore, la réaction odontoclastique s'atténue et disparaisse, que la réaction odontoblastique prenne plus d'importance, la maladie prendra une marche chronique (dentinites chroniques, mixtes) ou même latente (dentinites condensantes).

De même, dans les dentinites condensantes, le travail destructeur microbien peut devenir actif, la réaction odontoclastique apparaître aussi, et l'on aura le passage aux formes chroniques ou aux formes raréfiantes.

Enfin les dentinites chroniques, mixtes, sont des plus intéressantes.

Le travail microbien destructeur poursuit ses ravages devant la barrière opposée par le travail calcifiant de la réaction odontoblastique.

Suivant que l'un ou l'autre sont prédominants, il en résulte une marche plus ou moins rapide de la maladie.

Si à un moment donné la réaction odontoclastique entre en jeu, la destruction deviendra très rapide.

Cette classification anatomo-pathologique n'a donc rien d'absolu, en ce sens que dans la pratique trois forces peuvent entrer en action, ou bien l'une seule, ou bien encore deux de ces forces.

Dans le cours de la maladie elles peuvent apparaître ou disparaître ; les formes pures raréfiantes et condensantes par suite sont plus rares que les formes mixtes ; ce sont ces dernières que l'on rencontre, d'ailleurs, très souvent.

La valeur des dentinites, quelle que soit la variété envisagée, dépend beaucoup de l'intensité des lésions pulpaires.

Les lésions pulpaires accompagnent presque toujours les dentinites, dont elles en sont une complication, et elles influent sur leur marche, sans que je puisse préciser, à l'heure actuelle, cette influence, mes recherches histo-pathologiques n'étant pas assez avancées.

D'ores et déjà cependant il faut distinguer trois états basés sur la valeur fonctionnelle des éléments pulpaires.

1° La pulpe est atteinte de lésions sans que son intégrité fonctionnelle soit diminuée (pulpites aiguës, congestives, superficielles, partielles, pulpites subaiguës, pulpites chroniques, partielles) ; les fonctions pulpaires peuvent même être irritativement exagérées.

La couche des odontoblastes sera irritée et il apparaîtra une réaction odontoblastique défensive plus ou moins intense que nous retrouvons dans toutes les variétés de dentinite et surtout dans la variété condensante.

Pour une raison inexpliquée, dans le cas où la dentinite est pénétrante, la pulpe pourra être le point de départ d'une migration cellulaire (cellules inflammatoires) qui se rendra sur les parois de la cavité cariée et qui donnera naissance aux odontoclastes.

C'est la réaction odontoclastique, également défensive, mais qui par surcroît détruira les tissus durs altérés pour mieux détruire les agents microbiens inclus. (Cette réaction odontoclastique peut accessoirement avoir pour point de départ le chorion de la muqueuse gingivale et le périoste alvéolo-dentaire.)

2° La pulpe est atteinte de lésions qui font diminuer ses propriétés fonctionnelles (pulpites purulentes partielles, pulpites chroniques totales).

La couche des odontablastes commence à être altérée ; la

réaction odontoblastique pourra avoir lieu, mais faiblement.

La réaction odontoclastique, à la suite de migrations cellulaires parties de la pulpe, sera encore possible.

3° La pulpe est atteinte de lésions qui ont complètement détruit ses propriétés fonctionnelles (pulpites purulentes prolongées, pulpites gangréneuses, pulpites dégénératives, etc.).

Ou bien la pulpe est morte ou extraite; c'est ce qu'on appelle la carie du 4e degré (classification de l'École dentaire de Paris).

La couche des odontoblastes n'existant plus, il ne saurait y avoir de réaction odontoblastique.

La réaction odontoclastique est possible en ayant pour point de départ les tissus péridentaires.

Il sera des plus intéressant de rechercher la genèse des réactions odontoblastique et odontoclastique dans les états pathologiques de la pulpe.

En tous cas, cette question permet déjà d'envisager la dentine pathologique sous un jour nouveau.

Les caries des dents mortes, qui relèvent uniquement d'actions chimiques et microbiennes, sont bien loin maintenant des affections infectieuses des tissus durs des dents vivantes.

Si les altérations de l'émail peuvent, à la rigueur, être rapprochées des caries des dents mortes, les maladies de l'ivoire ou dentinites ne leur sont plus comparables, eu égard aux variabilités de leurs formes et eu égard aux troubles réactionnels organiques dont le tissu est le siège.

Il en est de même pour les maladies du cément.

VII. Dents pourvues de maladies du cément. — Les maladies du cément consécutives à une infection primitive ou secondaire revêtent des formes variables et analogues à celles de l'ivoire.

A. *Cémentites condensantes.* — J'ai pu observer des cas où le cément subit un développement plus ou moins exagéré (hypertrophies du cément) (cémentites hypertrophiantes ou condensantes).

La figure 23 représente d'après nature une deuxième mo-

laire inférieure droite, avec hypertrophie des deux racines.

L'activité des cémentoblastes et des cellules du péricément (ostéoblastes ou cémentoblastes nouveaux) entre en jeu pour amener la production de cément (réaction cémentoblastique).

B. *Cémentites raréfiantes.* — D'autres fois le cément est le siège d'une destruction due à la présence et à l'activité



Fig. 24 d'après nature. — Cémentite raréfiante. *Coupe intéressant une région de la racine en voie de destruction par les odontoclastes.*

des agents microbiens et surtout des cellules géantes ostéoclastes ou plus exactement odontoclastes.

On voit sur la figure 24, une portion du cément envahie par les odontoclastes destructeurs. Ils ont les mêmes caractères que les odontoclastes de l'ivoire.

Les agents microbiens ne sont pas figurés. Il s'agit, ici, d'une cémentite raréfiante.

Le cément est un tissu osseux véritable, et il serait difficile de comprendre qu'il se comportât autrement que lui dans les maladies infectieuses.

Il est établi d'ailleurs que la résorption des racines des dents temporaires, un peu avant l'éruption des dents permanentes, relève d'un processus actif de destruction par les odontoclastes. C'est encore là une réaction qui vient à l'appui de l'importance des défenses de l'organisme.

C. *Cémentites mixtes.* — Ce sont des cémentites où peuvent coexister les réactions cémentoblastique et odontoclastique, ainsi que le travail destructeur microbien, dans des proportions variables.

La figure 25 en offre un exemple ; les lésions sont très étendues sur le cément de la racine (cémentite en nappe).

D. *Cémentites associées à des dentinites radiculaires ou cémento-dentinites radiculaires.* — Il faut distinguer ici les trois variétés raréfiante, condensante et mixte.

La cémento-dentinite raréfiante est particulièrement à retenir ; c'est elle qui produit les résorptions partielles de racines, par exemple celles de l'apex, ainsi que les résorptions totales.

E. *Influence des périodontites et des pulpites sur les cémentites.* — L'état pathologique du périodonte n'est pas indifférent à celui du cément ; le plus souvent les deux états sont connexes. J'ai constaté, dans plusieurs cas de périodontites purulentes des cémentites raréfiantes ou mixtes avec présence d'odontoclastes.

L'état pathologique de la pulpe n'est pas non plus sans influence sur les cémentites et en particulier sur les cémento-dentinites radiculaires ; il peut survenir des réactions odontoblastique condensante et odontoclastique d'origine pulpaire, par opposition aux réactions cémentoblastique du péricément et odontoclastique du périodonte.

VIII. Résultats généraux tirés de l'anatomie et de l'histologie pathologiques. — L'anatomie et l'histologie pathologiques m'ont permis d'apporter des résultats nouveaux concernant les troubles et les lésions que provo-

quent les infections dans les tissus durs des dents vivantes.

Elles m'obligent à établir les faits fondamentaux suivants :

1° Parmi les lésions infectieuses des tissus durs, il est indispensable de faire une distinction entre celles de l'émail d'une part et d'autre part entre celles de l'ivoire et du cément ;

2° Les altérations infectieuses de l'émail sont dues à peu près exclusivement à l'action d'agents étiologiques, chimiques et microbiens. Elles ne sauraient être des maladies ;

3° Les lésions infectieuses de l'ivoire et du cément sont susceptibles de provoquer des troubles réactionnels ;

4° Dans le cas de l'ivoire ces troubles réactionnels histo-pathologiques sont :

La réaction odontoclastique,

La réaction odontoblastique ;

5° Dans le cas du cément, ce sont :

La réaction odontoclastique,

La réaction cémentoblastique ;

6° Les dentinites et les cémentites sont de vraies maladies locales, dans lesquelles en dehors des causes prédisposantes et occasionnelles, deux facteurs entrent en jeu :

a) Le facteur étiologique déterminant (agents chimiques et microbiens).

b) Le facteur pathogénique des troubles réactionnels dont l'organe dentaire est le siège ;

7° Ces troubles réactionnels témoignent d'une inflammation certaine.

Tout d'abord, les troubles inflammatoires de la pulpe et du périodonte ne sont pas contestés.

Conséquence curieuse même, ils peuvent être le point de départ d'une réaction odontoclastique, phagocytaire pour les tissus durs altérés.

Le cément, tout comme le tissu osseux, peut être le siège d'inflammation (inflammation des cémentoblastes, réaction cémentoblastique).

L'ivoire lui-même, de par les fibrilles vivantes de Tomes, prolongement des odontoblastes et de par les odontoblastes, éléments cellulaires inséparables du tissu dentinien, peut aussi s'enflammer (réaction odontoblastique et lésions des fibrilles de Tomes) ;

8° Je ne partage pas l'opinion de Scheff et de la plupart des auteurs contemporains qui font la part trop belle aux agents étiologiques et qui soutiennent qu'il n'y a pas de processus inflammatoire agissant dans la « carie » des tissus durs. Évidemment si l'on s'en tient aux symptômes cardinaux de l'inflammation, il ne saurait être question de rougeur de tissus durs, ni de chaleur appréciable ; mais la tumeur et la douleur peuvent exister ;

9° L'inflammation a une signification plus élargie et s'adresse à toutes les modifications que créent dans un élément cellulaire, dans un tissu, dans un organe, dans l'organisme, la présence et l'influence des agents étiologiques. Dans un tissu tel que l'émail, privé non seulement de vascularisation, mais d'éléments cellulaires, elle ne paraît pas pouvoir survenir.

En revanche, bien que non vasculaire, la dentine peut être le siège d'une inflammation portant sur les éléments cellulaires qui en constituent la portion vraiment vitale. Il en est de même pour le cément.

IX. Classification anatomo-pathologique. — En résumé, la carie dentaire classique embrasse, comme jadis la carie des os, un ensemble de lésions et de troubles tellement différents qu'un démembrement s'impose à l'esprit ; il est de toute nécessité de séparer :

1° Les caries ou altérations infectieuses de l'émail ;

2° Les dentinites ou maladies de l'ivoire : raréfiantes, condensantes, mixtes ;

3° Les cémentites ou maladies du cément et les cémento-dentinites radiculaires : raréfiantes, condensantes, mixtes.

IIIe PARTIE

Quelques conséquences cliniques et thérapeutiques.

I. La carie dentaire classique au point de vue classique. — Pour la commodité de l'enseignement et de la pratique, il est d'usage de classer « la carie dentaire » classique en degrés, d'après la profondeur de la cavité et d'après l'état de la pulpe.

La classification de l'École dentaire de Paris est une des plus répandues en France.

Dans le 1er degré, l'altération ne dépasse pas, apparemment, les limites profondes de l'émail.

Dans le 2e degré, l'altération a envahi l'ivoire et la cavité n'arrive pas jusqu'à la chambre pulpaire. Une pulpite d'intensité variable peut compliquer la « carie » à ce degré.

Dans le 3e degré, la cavité est, en outre, en communication avec la chambre pulpaire.

Les troubles et lésions pathologiques de la pulpe sont plus communs et plus marqués que dans le 2e degré.

Dans le 4e degré, la cavité est bien en communication avec la chambre pulpaire, mais la pulpe est mortifiée ou fonctionnellement détruite.

Cette classification, très simple, tout empirique, rend de réels services dans la pratique et mérite d'être conservée.

Mais est-elle suffisante ? Tout d'abord elle ne nous renseigne pas sur les formes condensantes, ou sur les formes raréfiantes des maladies de l'ivoire. En second lieu elle ne s'adresse nullement aux maladies du cément.

J'ai transporté sur le terrain clinique ma classification scientifique des lésions et troubles de nature infectieuse des tissus durs.

Je dois dire qu'elle s'est toujours trouvée en harmonie avec les nombreux cas que j'ai observés. C'est par là même que, comme toute constatation théorique, elle est appelée, je le crois, dans un avenir prochain, à fournir des applications pratiques nouvelles et fructueuses.

Les caries de l'émail et leurs variétés sont aisées à différencier dans les examens objectifs des dents. C'est le 1er degré de l'École dentaire de Paris.

Comme il n'y a pas de réactions organiques appréciables ici, la thérapeutique aura pour but de supprimer ou d'enrayer la marche de l'infection.

Les maladies de l'ivoire ou dentinites doivent demeurer groupées en trois catégories, pour la couronne :

1° Les dentinites non pénétrantes (2e degré) ;

2° Les dentinites pénétrantes avec troubles et lésions pulpaires, mais sans destruction fonctionnelle de la pulpe (3e degré) ;

3° Les dentinites pénétrantes avec destruction fonctionnelle de la pulpe (4e degré).

Il ne paraît plus suffire ici de tenter la suppression ou l'arrêt de l'infection dans sa marche progressive.

Il se produit, en effet, des troubles réactionnels qui modifient singulièrement la physionomie et le pronostic des dentinites.

C'est grâce à eux que, dans les dentinites non pénétrantes et pénétrantes, lorsque l'intégrité fonctionnelle de la pulpe est conservée, j'ai pu reconnaître trois variétés histo-pathologiques, distinctes aussi au point de vue clinique :

Les dentinites raréfiantes rapides.

Les dentinites condensantes latentes.

Les dentinites mixtes à marche destructive variable.

Dans les dentinites pénétrantes avec disparition des fonctions pulpaires, il ne persiste plus que deux variétés :

Les dentinites raréfiantes.

Les dentinites latentes où se poursuit seul le travail destructeur microbien.

Enfin j'ai noté une nouvelle variété de dentinites, les dentinites pénétrantes, formées secondairement par une surproduction d'ivoire néoformé, et aboutissant à une obturation naturelle réparatrice. Ce phénomène ne peut avoir lieu que si la couche des odontoblastes, irritée, n'est pas détruite.

L'étude clinique des cémentites et des cémento-dentinites radiculaires est également très intéressante.

Je recueille chaque jour des observations nouvelles qui confirment la classification anatomo-pathologique que j'ai indiquée plus haut.

La prise en considération du facteur pathogénique des réactions organiques est des plus importantes pour le pronostic et pour la thérapeutique.

La *réaction odontoclastique* est très grave, puisqu'elle contribue puissamment à la destruction de l'ivoire et du cément.

La nécessité s'impose de reconnaître les dentinites raréfiantes, les cémentites et cémento-dentinites radiculaires raréfiantes et de rechercher les moyens de les combattre. Il faudrait pour cela non seulement lutter contre l'infection, mais encore maîtriser la réaction destructive.

La thérapeutique doit même rechercher les moyens de prévenir cette réaction dans les dentinites mixtes et condensantes, les cémentites et cémento-dentinites radiculaires condensantes qui n'auront qu'à y gagner.

La *réaction odontoblastique* est plus favorable au pronostic ; plus ou moins faible dans les dentinites mixtes, elle acquiert son maximum d'intensité dans les dentinites condensantes.

Il en est de même pour la réaction cémentoblastique vis-à-vis des cémentites.

Le thérapeute qui cherchera les moyens propres à favoriser, sinon à provoquer les réactions condensantes, tout en pratiquant la désinfection aussi complète que possible, aura obtenu le résultat remarquable de l'intervention organique venant à son aide pour la guérison.

Pour lui, comme pour tout homme, savoir c'est pouvoir. Il pourra préparer un terrain meilleur pour le pronostic et pour l'intervention matérielle de l'obturation.

Loin de nous cette affection spéciale, restée mystérieuse, de la « carie dentaire » classique ; l'organe dentaire et ses tissus durs vivants se comportent comme les autres tissus et les autres organes. Ils peuvent être non seulement le siège de lésions anatomiques, mais aussi de troubles fonctionnels.

Arrivé au terme du but que j'ai poursuivi dans ce mémoire déjà trop long, je m'estimerais très heureux d'avoir donné au lecteur cette conviction qu'à côté des agents étiologiques, en particulier chimiques et microbiens, il faut tenir compte des troubles réactionnels dont les tissus durs peuvent être le siège.

Comme il est impossible, à l'heure actuelle, de classer les affections et les maladies des tissus durs, de nature infectieuse, d'après la qualité des agents microbiens, je soumets, ci-après, sous forme résumée, une classification naturelle et scientifique basée sur la classification histologique des tissus durs, en émail, ivoire, cément et basée sur les lésions et sur les troubles que l'infection provoque dans chacun d'eux.

Dans ses grandes lignes, la clinique confirme chaque jour l'exactitude de cette classification ; elle n'est cependant pas parfaite, et bien des détails seront peut-être à modifier. Ce sera l'œuvre du temps et des observateurs qui voudront bien s'y intéresser.

II. Affections et maladies des tissus durs des dents vivantes, de nature infectieuse. — Il n'y a pas de microbes spécifiques ; la majorité des microbes de la bouche peut s'introduire dans les tissus durs ; parmi ces microbes, les uns sont producteurs d'acides ou décalcifiants, d'autres sont chromogènes, d'autres enfin liquifacteurs de la dentine.

A. *Tissus durs des couronnes des dents permanentes et des dents temporaires.*

I. Début par l'émail.

Caries ou altérations de l'émail se développant dans les sillons, dans les anfractuosités, dans les lacunes et au niveau des fentes ou fissures. Caries punctiformes, caries linéaires, caries sinueuses, caries serpigineuses des collets (*Carie du 1er degré de l'École dentaire de Paris*).	3 formes.	*Caries sèches, latentes ou noires.* *Caries lentes ou brunes.* *Caries rapides ou blanches.*

Il n'y a pas de symptômes fonctionnels ; les réactions sont le plus souvent nulles ; *les caries de l'émail sont de simples altérations infectieuses, mais ne sont pas des maladies.*

Les caries de l'émail sont l'apanage des dents permanentes ; l'émail des dents temporaires est si mince, que ses altérations sont très rapidement suivies de l'envahissement de l'ivoire et des maladies de l'ivoire.

II. **Maladies de l'ivoire ou dentinites** (consécutives généralement aux caries de l'émail).

Les maladies de l'ivoire sont improprement appelées par les auteurs *caries de l'ivoire.*

1° DENTINITES NON PÉNÉTRANTES dans lesquelles la cavité n'arrive pas à la chambre pulpaire. Si la cavité est encore loin de la chambre pulpaire, la dentinite est superficielle (*Carie du 2e degré de l'École dentaire de Paris*). Si la cavité est proche de la chambre pulpaire la dentinite est avancée (*Carie du 2e degré avancé de l'École dentaire de Paris*).	3 formes.	*Dentinites raréfiantes molles ou parfois pourrissantes.*	Les tissus durs sont détruits ; il se forme une cavité *par l'action décalcifiante des microbes et par les odontoclastes,* cellules géantes qui activent davantage le travail de destruction, dans un but de défense de l'organisme, pour se débarrasser des tissus altérés et des microbes : *c'est la réaction odontoclastique.*
		Dentinites condensantes dures (carie sèche de l'ivoire ?)	Arrêt du travail destructeur. Production d'ivoire secondaire dans la chambre pulpaire, dans l'épaisseur de l'ivoire, c'est-à-dire dans les canalicules de l'ivoire, et parfois sur les parois de la cavité cariée, par les odontoblastes irrités : *c'est la réaction odontoblastique.*
		Dentinites mixtes les plus communes.	Il y a chevauchement du travail destructeur microbien et de la réaction odontoblastique. La réaction odontoclastique peut se produire aussi.

a) Il n'y a pas de pulpite aiguë, on ne constate pas de douleurs spontanées, mais les douleurs provoquées existent (hypersensibilité de l'ivoire).

b) Il y a pulpite aiguë, on constate des douleurs spontanées surajoutées aux douleurs provoquées.

c) Il y a des pulpites chroniques d'emblée sans douleurs ou presque sans douleurs.

2° Dentinites pénétrantes dans lesquelles la cavité arrive jusqu'à la chambre pulpaire.	3 cas se présentent.	*a)* Il y a *pulpite congestive* ou encore *pulpite aiguë* non purulente. *La pulpe est fonctionnellement conservée.* Il y a des douleurs spontanées, violentes souvent, et des douleurs provoquées, *c'est la carie du 3e degré de l'École dentaire de Paris.*	3 formes.	1° *Dentinites raréfiantes* (molles), travail destructeur microbien et réaction odontoclastique. 2° *Dentinites condensantes* (dures). La production d'ivoire secondaire peut devenir considérable, réaction odontoblastique. 3° *Dentinites mixtes.*
		b) Il y a *pulpite aiguë purulente* ou *pulpites chroniques*, ou *pulpites dégénératives.* *La pulpe est fonctionnellement diminuée.* Les douleurs provoquées sont affaiblies. Les douleurs spontanées sont faibles sur la dent, d'autres fois vives (pulpites purulentes), mais les douleurs irradiées sont souvent fortes sur le trajet des branches du nerf trijumeau : point sus-orbitaire, point sous-orbitaire, point mentonnier, point auriculaire.	1 forme.	*Dentinites raréfiantes,* travail destructeur microbien avec ou sans réaction odontoclastique. La réaction odontoblastique est absente; il n'y a donc pas de dentinites condensantes ni de dentinites mixtes.
		c) Il y a destruction de la pulpe par mortification, par gangrène, par intervention chirurgicale, par nécrose, etc. Si la pulpe de la couronne est seule détruite, il peut persister quelques signes douloureux par conservation de la pulpe des canaux. Si la pulpe de la couronne et des canaux radiculaires est détruite, la dent est dite *morte.* Il n'y a plus sur elle ni douleurs spontanées ni douleurs provoquées. *C'est la carie du 4e degré de l'École dentaire de Paris.*	2 formes.	*Dentinites raréfiantes,* travail destructeur microbien et réaction odontoclastique. *Dentinites latentes* où se poursuit seul le travail destructeur microbien, d'ailleurs très lent.

Nota. — Les dentinites condensantes et mixtes n'existent pas ici par absence de réaction odontoblastique.

3° Dentinites pénétrantes fermées secondairement par production d'ivoire secondaire considérable, obturant la cavité : réaction odontoblastique intense aboutissant ou tendant à une réparation naturelle. Que la pulpe soit enflammée et infectée, ce phénomène ne se produit que si l'intégrité fonctionnelle est conservée.	*a*) Dans les cas heureux, mais rares, l'infection et l'inflammation pulpaires s'arrêtent ou paraissent s'arrêter ; les douleurs par suite peuvent être supprimées. Mais au bout d'un temps variable, une pulpite réapparaît ; des douleurs violentes spontanées et provoquées s'accusent. *b*) Souvent l'infection et l'inflammation pulpaires s'accentuent derrière l'obturation naturelle qui peut être détruite à nouveau par le travail microbien et par une réaction odontoclastique ; un curettage pour désobturation est quelquefois aussi nécessaire.

La réaction odontoblastique s'observe parfois avec la plus grande netteté dans les dentinites à forme condensante des dents temporaires.

B. *Tissus durs des racines des dents permanentes.* — Je ne puis actuellement préciser les affections et maladies infectieuses des dents temporaires. Il ne s'agit pas de classer ici les résorptions des racines des dents temporaires pendant l'évolution et la poussée des dents permanentes. Ces résorptions sont des phénomènes physiologiques dus au travail des *ostéoclastes* ou *odontoclastes,* comparable à celui des ostéoclastes pendant le développement des os pour assurer la formation des cavités intra-osseuses et des canaux osseux.

1° Maladies du cément ou cémentites (*ostéites du cément*) primitives ou consécutives à une périodontite.

Les maladies du cément sont improprement appelées *caries du cément.*

a) *Cémentites pures.*	raréfiantes,	travail microbien et réaction odontoclastique.
	condensantes, (*exostoses*), (*hypertrophies*),	réaction odontoblastique.
	mixtes.	
b) *Cémentites associées à dentinites radiculaires.*	*Raréfiantes partielles* (résorptions partielles des racines par réaction odontoclastique). *Raréfiantes apicales* (résorptions d'apex). *Raréfiantes totales* (résorptions totales de racines) : *résorption spontanée* des racines permanentes aboutissant à la chute des dents, dans quelques états pathologiques et chez le vieillard. *Condensantes,* hypertrophie totale des racines, *mixtes.*	

FAITS CLINIQUES

UNE RACINE DE DENT DANS LE SINUS MAXILLAIRE

Par G. Besse, de Rochefort.

Au mois de juillet dernier, je recevais la visite d'une jeune dame déjà en traitement chez un médecin de ma ville pour un empyème du sinus maxillaire droit. Elle venait me demander de lui faire un drain métallique destiné à remplacer les mèches de gaze que lui avait jusqu'ici placées ce médecin. C'est ce dernier d'ailleurs qui lui avait conseillé de s'adresser à un dentiste pour ce petit appareil de prothèse.

Je lui fis l'appareil demandé s'ouvrant par un petit clapet à la partie inférieure, et retenu par des crochets s'adaptant aux dents voisines.

Cet appareil pouvait ainsi chaque jour être enlevé par la malade elle-même, lavé et remis en place après nettoyage du sinus lui-même.

Je n'avais plus revu ma malade depuis cette époque, mais ces jours-ci elle m'apprend qu'un mois et demi environ après la pose de mon petit appareil elle recommença à souffrir d'une façon aussi intense qu'avant l'ouverture du sinus et l'extraction de la dent cause du mal, extraction qui d'ailleurs n'avait pas été faite par moi.

Ces douleurs devinrent alors tellement intolérables qu'elle revint plusieurs fois chez le médecin qui avait la direction du traitement.

Enfin un beau jour en se mouchant elle se fit elle-même l'extraction d'une racine par le nez.

Je l'interrogeai alors et j'appris ainsi ce qui s'était passé.

Cette dent au printemps dernier, je crois, avait, lors d'une tentative d'extraction, été découronnée simplement.

Quelque temps plus tard, fin juin ou commencement de juillet, les douleurs occasionnées, disait-elle, par les racines de cette dent (la première grosse molaire du haut) devenant insupportables, elle revint chez son dentiste, qui décida de l'envoyer à un spécialiste pour l'examiner et se rendre compte s'il n'y a pas sinusite.

Celui-ci, après examen, décida qu'il fallait d'abord procéder à l'extraction des racines. C'est de ce soin que fut enfin chargé le confrère qui avait déjà vu la malade.

L'opération se fit avec anesthésie générale, puis on obtint facilement par une ouverture qui se trouvait pratiquée par cette extraction elle-même l'écoulement du pus.

On sait le reste...

Plus tard, deux mois environ après l'extraction, une racine sort par l'orifice nasal du sinus et le nez. Cette racine pendant l'extraction avait sans doute été poussée dans le sinus par un des mors du davier.

J'ai cru bon de signaler ce petit accident opératoire à mes confrères pour montrer combien il faut être prudent dans l'extraction des dents dont les racines se trouvent dans la direction du sinus.

URTICAIRE NERVEUSE A LA SUITE D'OPÉRATION DENTAIRE

Par HERACLITO BRUSQUE, de Pelotas (Brésil).

Un jeune homme de 30 ans, bien portant en apparence, vient nous consulter pour une dent qui depuis longtemps le fait souffrir. En examinant sa bouche nous constatons la présence d'un 4e degré et de trois 2es degrés plus ou moins avancés. Ce qui reste de sa dentition est en bon état ; il manque cinq dents enlevées il y a quelques années.

Après avoir débarrassé les canaux de la première prémolaire et les avoir soignés convenablement sans la moindre plainte de notre patient, nous avons commencé sous la digue un nettoyage de la dent de 6 ans cariée en 2e degré à la surface triturante.

L'exploration à la rugine et la déshydratation à l'alcool n'ont pas causé la moindre souffrance à notre malade ; mais aux premiers mouvements du tour à fraiser il se plaint de frissons de plus en plus désagréables.

Nous cherchons à le rassurer sur la bénignité de son mal, mais il nous répond qu'il est en proie à un état nerveux fort désagréable.

Sans nous préoccuper beaucoup de son excitabilité nerveuse, nous terminons la séance par une aurification en lui donnant rendez-vous à huitaine.

Le même soir il vient nous trouver, la peau couverte de plaques arrondies, rosées et très prurigineuses ; il ne pouvait nous rester le moindre doute ; il avait une urticaire de nature nerveuse.

Huit jours après nous étions obligé de lui obturer un autre 2e degré et l'opération fut suivie des mêmes phénomènes.

Notre diagnostic d'urticaire nerveuse à la suite d'opération dentaire se trouve ainsi confirmé.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

TOUJOURS A PROPOS DES CIMENTS-PORCELAINE

Par MM. Pont et Bimes de Lyon.

Notre revue sur les ciments-porcelaine nous a valu quelques critiques ; les uns disant que nous avions trop vanté ce genre d'obturation, d'autres pas assez. Sachant qu'il est difficile de concilier toutes les opinions, nous avions négligé de répondre. Nous tenions en effet seulement à exposer nos expériences et les faits connus à ce jour, sans prendre parti pour ou contre les ciments-porcelaine en général et le ciment X ou Y en particulier.

Mais dans le numéro de *L'Odontologie* du 30 janvier dernier nous lisons :

« En France on paraît avoir méconnu l'emploi de ce plombage (Ascher perfectionné), autrement un article comme celui de MM. Pont et Bimes, publié dans *L'Odontologie* du 30 novembre 1906, ne serait pas possible. » O. Nolda, D. E. D. P., chirurgien-dentiste de la Faculté de Nancy.

L'auteur de ces lignes a certainement mal lu notre article, sans cela il aurait vu, à la treizième ligne : « Nous avons connu tout d'abord, le ciment de Hugo Ascher, dentiste à Berlin, puis le Brill, l'Harvardid et successivement *l'Ascher perfectionné*, etc. » Et quelques lignes plus loin nous ajoutons : « Dans cette communication nous étudierons les ciments-porcelaine que nous avons pu nous procurer et particulièrement l'Ascher, le Brill, l'Harvardid, l'Astral et le Smaltid. »

Ajouterons-nous maintenant que nous avons trouvé du ciment Ascher perfectionné chez notre fournisseur habituel, comme on en trouve d'ailleurs chez presque tous les fournisseurs, et que, pour nos expériences, M. Ascher lui-même nous avait envoyé gracieusement quelques échantillons de son ciment perfectionné ?

Dans la note de M. Nolda, il ne reste à expliquer scientifiquement que pourquoi des obturations qui, je veux bien le croire, « après trois ans sont comme au premier jour et plus belles que les meilleurs inlays », ne tiennent plus que quelques semaines lorsqu'elles sont faites « sur une dent de lait fixée à une chaîne de montre ».

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

RAPPORT PRÉSENTÉ PAR GEORGES LEMERLE

Secrétaire général.

A LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Messieurs et chers confrères,

Au déclin de chaque année le secrétaire de la Société doit vous soumettre un rapport sur les travaux qui vous ont été présentés et sur les discussions qu'ils ont suscitées. Mais avant de me livrer à ces considérations, je crois devoir vous rendre compte du fonctionnement de la Société et de l'organisation de ses séances.

Nous avons eu cette année huit séances et quatre séries de démonstrations pratiques.

Régulièrement nous aurions dû nous réunir au mois d'avril ; mais c'était l'époque des vacances de Pâques et la plupart des membres de cette Société n'étaient pas à Paris ; de plus, la dernière séance ayant eu lieu le 31 mars, ces deux réunions eussent été trop rapprochées pour être fructueuses.

Cette séance du 31 mars fut la grande journée de notre Société pour l'année qui vient de s'écouler. Un grand nombre de nos membres de province s'étant rendus à Paris, le bureau organisa une série extraordinaire de démonstrations pratiques qui eurent lieu à l'Ecole dentaire le matin et l'après-midi. Le soir fut tenue la séance mensuelle. Mais, en outre, grâce à la bienveillance de M. le professeur Sebileau, qui voulut bien recevoir la Société dans son service de Lariboisière, il put y avoir le matin une série d'examens cliniques et d'opérations spécialement organisée à cet hôpital. Un grand nombre de nos confrères, plus de soixante-quinze, vinrent écouter et voir le professeur Sebileau et nous fûmes heureux de constater, en les voyant ainsi franchir le seuil de l'hôpital, combien les dentistes s'intéressent à cette chirurgie particulière qui s'exerce sur des limites de leur spécialité.

C'était la première fois que votre bureau organisait une pareille série de démonstrations ; le succès qui les accueillit peut être considéré comme l'approbation accordée par ses membres à cet essai d'extension.

Toutefois la plus grande part des travaux de la Société n'en furent pas moins, comme nous allons le voir, exclusivement dentaires.

Je me propose de vous les rappeler en les classant par ordre de matières. Des notes annexées à ce rapport indiqueront l'ordre chronologique des communications.

a) *La dentisterie opératoire* a inspiré le plus grand nombre de ces travaux.

Les obturations de porcelaine, toujours à l'ordre du jour, nous ont valu un nouveau four électrique muni d'un pyromètre pratique et dont nous sommes redevables à M. Platschick. Outre la reconnaissance que nous devons à notre éminent confrère pour avoir muni la profession d'un instrument aussi précieux, nous devons encore le remercier en nous souvenant qu'il a bien voulu donner à l'Ecole dentaire deux de ces fours [1].

Il a montré ensuite dans une séance de démonstrations l'emploi du spence métal et des substances plastiques pour la confection des obturations en porcelaine [2]. M. Le Cron, notre confrère des Etats-Unis si connu par ses travaux spéciaux, nous a fait l'honneur d'une démonstration d'obturations à la porcelaine [3] et quelques mois plus tard M. Darcissac a bien voulu renouveler des démonstrations sur le même sujet [4].

Les obturations métalliques n'ont pas suscité des recherches aussi nombreuses. Nous devons cependant à M. Weber un mémoire sur l'aurification dans lequel se trouvent longuement exposées les règles classiques qui président à la construction de ce mode d'obturation [5]. A M. Levett nous devons des démonstrations pratiques sur certaines obturations mixtes, au ciment et à l'étain, à l'or et à l'étain [6].

La construction des bridge-works et des couronnes métalliques a été l'occasion d'un certain nombre de démonstrations. M. Amoëdo nous a montré sa méthode pour la construction de travaux à pont avec couronnes fenestrées en or sur les canines. Dans la même séance de démonstrations, M. Amoëdo nous a également exposé ses idées ingénieuses sur la plus grande utilité pratique de faire des faces triturantes quadrillées pour les couronnes destinées aux molaires [7]. M. Masson a bien voulu accepter de nous exécuter, comme M. Darcissac, des démonstrations sur les travaux à pont, et nous l'en remercions [8].

A M. Touvet-Fanton, à qui nous devions déjà les pivots à rotule et la savante théorie qu'il a édifiée à leur sujet, nous devons encore cette année des remerciements pour son appareil fretteur-sertisseur. Dans diverses démonstrations que nous a faites M. Touvet-Fanton nous avons tous admiré l'ingéniosité de l'appareil de précision dont il a augmenté notre outillage [9].

---

1. Platschick, *Présentation d'un nouveau four électrique à pyromètre*. Soc. d'Odont., 3 déc.
2. Platschick, 25 fév.
3. Le Cron, 3 déc.
4. Darcissac, 31 mars.
5. Weber, 5 déc., Soc. Odont.
6. Levett, 3 déc., D. prat.
7. Amoëdo, 3 déc., D. prat.
8. Masson, 31 mars, D. prat.
9. Touvet-Fanton, 3 déc., D. prat.
25 fév., D. prat.
31 mars, D. prat.

Nous remercions M. Hugot pour une intéressante démonstration de son procédé si personnel d'anesthésie pulpaire [1].

Quelques mois plus tard, M. Georges Robin, dans un mémoire intitulé « Considérations sur la dévitalisation pulpaire des dents saines », a mis au point cette question avec la clarté et l'élégance qui lui sont coutumières. On lui doit d'avoir posé nettement les indications et les contre-indications de cette intervention qui est encore, en France tout au moins, vivement discutée [2].

Au début de l'année, M. Godon nous a apporté une observation sur la parfaite tolérance des muqueuses de la bouche, pour les appareils à plaque fixés avec du ciment et ce mode de fixation exceptionnel a suscité une intéressante discussion [3].

M. Frey, dans une séance de démonstrations pratiques, a exposé sa méthode pour la résection apexienne dans des cas de fistules d'origine dentaire et, communiquant un certain nombre d'observations, il a démontré combien cette opération mériterait d'être exécutée plus couramment qu'elle ne l'est encore aujourd'hui [4]. M. Frey a suscité ainsi et tout récemment de nouveaux travaux sur ce sujet.

Enfin, M. Kritchewsky, dans la même séance, a montré l'usage du perhydrol, pour le blanchiment des dents et les succès constants qu'on en obtient lorsqu'on l'emploie correctement [5].

b) *La pathologie dentaire* nous a fourni trois communications importantes. Au début de l'année M. Theuveny a fait naître une intéressante discussion sur les accidents de dentition à laquelle ont pris part notamment MM. Frey et Roy ; son mémoire à propos de « quelques observations cliniques concernant l'éruption des dents temporaires » a montré toute l'importance du rôle joué en pareil cas par le terrain [6].

Dans nos dernières séances, M. Mendel-Joseph, histologiste distingué, nous a apporté une étude expérimentale des fractures radiculo-dentaires et de leur traitement et, appuyé par de nombreuses coupes il nous a montré la possibilité de leur consolidation.

Nous devons également remercier M. Mendel pour son étude expérimentale sur le mécanisme de la consolidation dans la greffe dentaire et pour les documents anatomo-pathologiques si nouveaux, qu'il nous a apportés sur ce sujet [7].

c) *L'anatomie et la pathologie dentaire* nous ont valu de la part de M. Choquet une intéressante note histologique, accompagnée de coupes et de leurs projections, sur un cas d'évolution dentaire tardive [8].

Dans la même séance, M. Godon a exposé à la Société un travail

---

1. Hugot, 3 déc., D. prat.
2. Robin, 31 mars, Soc. Odont.
3. Godon, 21 nov., Soc. Odont.
4. Frey, 25 fév., D. prat.
5. Kritchwesky, 25 fév., D. prat.
6. Theuveny, 17 oct., Soc. Odont.
7. Mendel, 23 juin, Soc. Odont.
   — 8 mai, Soc. Odont.
8. Choquet, 9 janv., Soc. Odont.

considérable sur « l'action mécanique de la mâchoire et ses applications à l'art dentaire ». Outre une revue générale très complète de cette question, déjà si vaste, de l'articulation interdentaire et de ses rapports avec l'articulation temporo-maxillaire, M. Godon nous a apporté de plus une théorie séduisante par sa simplicité et sa rigueur mathématique : je veux parler du polygone des forces appliqué aux divers contacts interdentaires.

Une longue discussion, à laquelle prirent part MM. Sauvez, Roy, Choquet, Frey, s'engagea dans les séances suivantes. M. Choquet, notamment, dans une étude très documentée, exposa ses vues personnelles sur les rapports de l'articulation temporo-maxillaire et de l'articulation interdentaire et il voulut bien nous apporter à ce sujet de nombreuses pièces de sa collection anatomique vraiment incomparable.

A la fin de cette discussion, et elle se prolongea pendant trois séances, du mémoire de M. Godon, M. Frey, notre président, résuma notre pensée à tous en exprimant notre admiration pour l'homme qui, surchargé par un labeur administratif déjà excessif, venait de trouver encore l'énergie d'écrire au cours de ses rares loisirs un travail aussi considérable [1].

d) *Au chapitre stomatologie* de cette revue des travaux de l'année nous citerons une observation de « nécrose étendue du maxillaire inférieur d'origine diabétique » qui nous a été adressée par M. Poteau (de Laval) [2].

M. le professeur Sebileau, qui avait bien voulu recevoir les membres de la Société dans son service de Lariboisière le matin du 31 mars, accepta de nous faire le même jour à notre séance du soir une magistrale conférence sur les cancers du sinus maxillaire.

Par ses travaux personnels et par les thèses qu'il a inspirées à ses élèves, M. Sebileau a montré toutes les difficultés du diagnostic précoce du cancer du sinus maxillaire, trop souvent pris pour une sinusite et soigné comme tel. Nous le remercions d'être venu parmi nous, nous faire connaître cette question de pathologie spéciale. Nous sommes heureux de saisir encore cette occasion pour lui dire toute notre reconnaissance du bienveillant accueil qu'il a toujours bien voulu faire à nos demandes pour la Société d'Odontologie [3].

e) *En prothèse dentaire* nous devons à M. Joly [4] une intéressante communication sur l'usure électro-chimique des moufles à vulcaniser et à MM. Sautier et Schaller de nouvelles recherches sur la soudure de l'aluminium [5].

---

1. Godon, 9 janv., Soc. Odont.
Sauvez, Roy, Choquet, 26 fév.
Frey, 31 mars.
Godon, 23 juin.
2. Poteau, 8 mai.
3. Sebileau, 31 mars, Soc. Odont.
4. Joly, 23 juin, Soc. Odont.
5. Sautier et Schaller, 5 déc., Soc. Odont.

M. Platschick, au mois de décembre dernier, nous a exposé, dans un mémoire remarquable, les divers moyens de contrôle employés pour la cuisson des pâtes céramiques. Ces moyens, jusqu'à présent empiriques, n'avaient pu être remplacés par l'usage de pyromètres rationnels et pratiques.

C'est à M. Platschick que nous sommes redevables de l'introduction de mesures rationnelles dans la cuisson des porcelaines et le four à pyromètre qu'il nous a fait connaître cet hiver marque un progrès considérable pour la dentisterie opératoire et la prothèse [1].

Plus récemment enfin, M. Platschick, dans une séance de démonstrations pratiques, a montré la méthode d'Arthur Ollendorf de Breslau pour la confection d'appareils en or coulé à cire perdue [2].

f) *La prothèse restauratrice* nous a valu de M. Roy la présentation d'un cas de prothèse nasale [3]. MM. Geoffroy et André nous ont fait le 31 mars dernier une série de démonstrations sur la fabrication d'un casque en aluminium pour appareil réducteur, d'un obturateur et d'un tuteur de caoutchouc pour redressements du nez [4].

C'est à M. Delair que nous devons en prothèse restauratrice les plus nombreuses communications. L'éminent professeur a bien voulu tenir la Société d'Odontologie au courant de tous ses travaux et à la plupart de nos séances il a présenté des malades porteurs de ses ingénieux appareils. M. Delair nous a montré cette année un nouvel appareil de redressement pour hémiatrophie du maxillaire inférieur et les derniers perfectionnements qu'il a apportés à sa gouttière pour fracture de la mâchoire.

Il nous a présenté deux malades avec des appareils de prothèse tardive des maxillaires et deux malades portant des pièces de prothèse immédiate définitive pour des pertes de substance de la voûte crânienne. Ces appareils de prothèse incluse sont fort bien tolérés par les tissus et ces succès sont confirmés par le temps, car il y a déjà plus d'un an que M. Sebileau a présenté les patients à la Société de chirurgie.

Aussi remercions-nous M. Delair pour les progrès incessants qu'il fait accomplir à la prothèse restauratrice et pour les communications si remarquables qu'il a bien voulu faire à la Société d'Odontologie [5].

g) *Anesthésie*. — Les travaux de la Société ont porté sur deux nouveaux anesthésiques locaux. M. Camus [6], le distingué chef des travaux de physiologie à la Faculté, nous a fait connaître le résultat de ses expériences sur l'alypine ; il en a déterminé la toxicité équivalente à celle de la cocaïne. M. Dehogues nous a exposé les résul-

---

1. Platschick, 4 déc., Soc. Odont.
2. — 31 mars, D. prat.
3. Roy, 17 oct., Soc. Odont.
4. Geoffroy et André, 31 mars, D. prat.
5. Delair, 15 juin, C.
— 9 janv., C.
— 5 déc., C.
— 21 nov., C.
6. Camus, 25 fév., D. prat.

tats qu'il avait obtenus [1] dans la pratique avec ce nouvel anesthésique.

MM. Pinet et Jeay ont fait d'intéressantes démonstrations sur l'emploi de la novocaïne poursuivant à ce sujet des travaux que nous espérons connaître ici bientôt [2].

Les recherches en anesthésie générale ont porté sur les appareils pour l'anesthésie de courte durée. Le début de l'année a vu le nouveau masque à sœmnoforme de M. de Trey muni d'un dispositif très simple permettant de régler la quantité d'air donnée au malade [3].

Il y a quelques mois, M. Décolland [4] a fait connaître son appareil dont le propre est de permettre d'employer n'importe quel anesthésique de courte durée et d'obtenir la narcose en n'en administrant au malade que des doses extrêmement réduites. De plus, par suite de sa conception tout à fait remarquable, cet appareil peut servir à donner le chloroforme ou l'éther et devient comparable à celui de Ricard.

Si cette année a apporté à l'anesthésie locale deux corps nouveaux, elle aura été aussi favorable pour l'anesthésie générale de courte durée.

Si nous joignons en effet au masque de M. de Trey, à l'appareil de M. Décolland les travaux physiologiques considérables de M. Camus et l'appareil qu'il a également inventé comme conclusions pratiques de ses recherches de laboratoire, nous voyons quels progrès les travaux des membres de la Société d'Odontologie ont encore fait subir à l'anesthésie.

h) Nos séances ont toujours été abondamment pourvues d'intéressantes présentations *d'instruments nouveaux*.

M. Boileau [5] nous a fait une communication sur les pompes à salive. M. Izambard, de Rochefort [6], nous a envoyé une pince coupante multiplicatrice et M. Godon [7] nous a présenté une boîte à instruments, métallique, donc stérilisable, à l'usage des étudiants. M. Weber [8] nous a montré des pinces pour le travail des ponts et des couronnes.

M. Poteau, de Laval, nous a adressé un ingénieux appareil à air chaud, injecteur et brûleur combinés [9].

Enfin, M. Brémant [10] et M. Bigaignon [11] nous ont montré les progrès accomplis dans la fabrication des moteurs électriques et les nombreux perfectionnements qu'ils ont su y apporter.

Nous remercions particulièrement notre confrère M. Bigaignon qui a bien voulu donner à l'École le tour électrique qu'il a inventé.

i) La Société s'est toujours tenue au courant des *réunions étrangères* et des travaux intéressants qui s'y sont trouvés exposés.

---

1. Dehogues, 9 janv. C.
2. Pinet et Jeay, 31 mars, D. prat.
3. de Trey, 5 déc.
4. Décolland, 15 juin.
5. Boileau, 21 nov.
6. Izambard, 21 nov.
7. Godon, 21 nov.
8. Weber, 5 déc.
9. Poteau, 17 oct.
10. Brémant, 26 fév.
11. Bigaignon, 23 juin.

M. Roy nous a donné un compte rendu de l'Assemblée générale des Dentistes de Belgique qui s'est tenue à Bruxelles [1].

M. Platschick avec son activité ordinaire nous a donné deux rapports importants, le premier sur le Congrès de Hanovre [2], le second sur la British Dental Association [3]. Non content de nous faire part avec une élégante concision des principaux travaux qu'il avait remarqué à l'étranger, M. Platschick nous a apporté divers instruments et notamment un nouvel articulateur. Nous devons en remercier ici encore une fois M. Platschick et nos confrères de Londres MM. Parfitt et Booth-Pearsall.

j) M. Piot a présenté à la Société une note sur l'usage du pyoluène en chirurgie dentaire [4]. C'est le seul travail de *thérapeutique* qui nous ait été présenté.

k) M. Rubbrecht, de Bruxelles, nous a fait une intéressante démonstration *d'orthodontie* [5] et c'est également la seule communication que nous ayons eue sur cette branche pourtant si importante de la chirurgie dentaire.

Nous espérons que, pendant l'année nouvelle, thérapeutique et orthodontie prendront une juste revanche.

Toutefois n'oublions pas que nous devons à l'année qui vient de s'écouler les si remarquables travaux d'anatomie et de physiologie dentaire de M. Godon et de M. Choquet, les recherches anatomo-pathologiques de M. Mendel-Joseph, la belle conférence de M. Sebileau et sa réception à Lariboisière, les nombreuses communications de M. Delair, les expériences et les appareils à anesthésie de MM. Camus, de Trey, Décolland, le si nécessaire travail de M. Georges Robin sur la dévitalisation pulpaire, enfin, les rapports, les démonstrations si variées, et les patientes recherches de M. Platschick en prothèse comme en dentisterie opératoire.

Nous les remercions, ainsi que tous nos confrères déjà cités dans le cours de ce rapport, des travaux qu'ils ont bien voulu faire connaître à la Société, et des inventions dont ils font profiter généreusement la profession tout entière.

Avant de terminer, je dois aussi, Messieurs et chers confrères, vous remercier, ainsi que les membres du bureau, de m'avoir facilité pendant cette première année, grâce à votre bienveillance, ma tâche de secrétaire général. J'exprime toute ma reconnaissance à mon maître le Dr Frey qui, en me traitant en ami et non pas en élève, a bien voulu m'aider de sa direction dans ces fonctions nouvelles auxquelles j'étais peu préparé. Je le prie de m'excuser de la collaboration si souvent incomplète que j'ai dû lui fournir et d'accepter l'expression de ma gratitude.

1. Roy, 17 oct.
2. Platschick, 21 nov.
3. — 23 juin.
4. Piot, 9 janv.
5. Rubbrecht, 31 mars.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 22 janvier 1907.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4 sous la présidence de M. Touvet-Fanton, président.

M. le président donne lecture de la correspondance comprenant une lettre de M. Mahé s'inscrivant pour la discussion de la communication de M. Godon et un télégramme de M. Rigolet, d'Auxerre, regrettant de ne pouvoir assister à la séance et se déclarant partisan du stage de deux ans.

Le président ouvre ensuite la discussion pour la nomination d'une commission d'étude au sujet de l'insuffisance des dents minérales, sur la proposition qu'en a faite M. Frey à la séance précédente.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part notamment *MM. Frey, Touchard, Touvet-Fanton* il est procédé à la nomination d'une commission ainsi composée : MM. Frey, Phillipoteaux, Francis Jean, Platschick, Heïdé, Touvet-Fanton.

La parole est donnée à M. Godon pour sa communication sur la réforme des études et des examens dentaires. (V. p. 231.)

M. le président. — J'estime que tout commentaire diminuerait la communication que vient de nous faire M. Godon sur l'historique des démarches faites en vue d'obtenir les réformes si désirées de vous tous.

Je vais donner la parole aux orateurs qui se sont fait inscrire comme le porte l'ordre du jour.

J'ouvre donc immédiatement la discussion ; la parole est à M. Blatter.

M. Blatter. — La communication de M. Godon arrive en temps opportun, puisque nous sommes à un tournant de l'évolution professionnelle.

La libre discussion des revendications ayant trait aux réformes des études dentaires, que vient de nous exposer avec précision le distingué directeur de l'École dentaire de Paris, ne saurait être portée devant une Société plus compétente. La Société d'Odontologie, en effet, représente l'élément de notre groupement le mieux qualifié pour donner à cette importante question toute l'ampleur nécessaire.

Tous ceux qui s'occupent d'enseignement dans nos Écoles constatent d'un commun accord l'insuffisance notoire des connaissances générales de nos étudiants. Cette infériorité résulte du fait très tangible que le certificat d'études secondaires, exigé par la loi du 30 novembre 1892, pour l'obtention ultérieure du diplôme de chirurgien-

dentiste, n'offre pas les garanties nécessaires pour l'exercice d'une carrière libérale comme la nôtre.

Il en découle que, par l'insuffisance de ce certificat, le niveau intellectuel des futurs dentistes n'est pas ce qu'il devrait être ; il doit disparaître le plus tôt possible et être remplacé par un diplôme universitaire de beaucoup plus élevé.

On peut en principe établir que d'une solide instruction première résulte, en général, une éducation plus complète et indispensable dans nos rapports sociaux.

Une de nos revendications importantes porte sur le stage préliminaire de deux années. Pour les uns, le stage devrait s'accomplir chez un dentiste, pour les autres, dans une institution professionnelle qualifiée, telle que les Écoles dentaires.

Je crois que, si les pouvoirs publics approuvaient le stage fait dans le laboratoire d'un dentiste, il en résulterait de fâcheux inconvénients. Quelles garanties pourrait offrir une éducation professionnelle première sans programme, sans méthode d'enseignement et dirigée par un praticien n'ayant pas les qualités pédagogiques nécessaires ?

Seules, à mon avis, les Écoles dentaires sont indiquées à cet effet et de par leurs professeurs et de par leur installation complète qui peuvent lui donner une valeur réelle.

La validation ne peut être assurée d'ailleurs que par un examen probatoire sérieux. Cette question a déjà fait l'objet d'une longue discussion à la réunion de la F. D. I. (Session de Madrid 1903) et la Commission s'est prononcée en faveur du stage passé dans des Écoles dentaires.

Une autre réforme de toute urgence s'impose : je veux parler des examens d'Etat. Il serait préférable qu'à la fin de chaque année scolaire, nos étudiants, comme cela se fait en médecine, subissent leur examen de Faculté, savoir : fin de 1re année, premier examen d'État ; fin de 2e année, deuxième examen ; fin de 3e année, troisième examen.

Ainsi le candidat profitera d'un travail rationnel et gradué et pourra se préparer à répondre d'une façon intelligente aux questions posées.

De plus, il est à souhaiter que les trois examens de Faculté répondent à un programme bien défini et imposé aux membres du jury.

Avant de terminer, permettez-moi d'insister plus particulièrement sur le dernier examen d'Etat. Quelle valeur actuelle offre-t-il ?

Aucune ! Il se couvre de ridicule, il n'existe pas, pour s'en convaincre, il suffit d'y avoir assisté.

Le troisième examen qui, en principe, devrait être essentiellement pratique, ne l'est aucunement. Peu de clinique, pas de dentisterie, encore moins de prothèse et l'on voit des candidats, les uns reçus,

les autres refusés sans avoir donné une preuve certaine qu'ils sont aptes à pratiquer l'exercice de leur profession.

Le jury qui, de par son droit légal, peut créer quantité de dentistes, ne se borne qu'à poser des questions théoriques ; quelquefois certains des membres du jury se livrent à des commentaires fâcheux par trop personnels ; de la pratique, il n'en est point question. On peut dire à priori que cet examen final n'est pas à réformer puisqu'il n'existe pas, mais à créer et à organiser de toutes pièces.

Dans le jury il serait juste et équitable qu'un des membres fût pris parmi les professeurs dentistes des Écoles. C'est le droit de l'égalité, car il fait plus œuvre de pédagogue dans les Écoles que nombre de stomatologistes examinateurs dont le rôle se borne à pratiquer dans les services dentaires hospitaliers la chirurgie de guerre, c'est-à-dire l'extraction ; pas de traitement, pas de prothèse...etc...rien ! rien !...

A peine si dans deux ou trois hôpitaux de Paris on fait quelque enseignement, et encore est-il réservé aux médecins ; les étudiants en chirurgie dentaire sont bannis de ces services transformés en chapelles doctorales. Voilà comment quelques stomatologistes comprennent leur rôle !

Maintenant que les Écoles reconnues d'utilité publique sont admises dans la grande famille de l'Assistance publique, elles peuvent demander que le troisième examen se passe dans leurs locaux, mieux outillés que ceux des hôpitaux...

Toutes ces revendications s'imposent ; elles sont basées sur un passé de 25 ans et sur une œuvre d'enseignement réel, visible et palpable.

Les uns critiquent les Écoles, l'enseignement qu'on y donne, parce qu'ils ne connaissent pas l'œuvre du dentiste, les autres les attaquent parce qu'ils sont de parti pris et ne veulent pas les connaître et rendre le tribut de la justice aux artisans de la profession.

M. Roy. — Je n'aurai que quelques brèves observations à présenter au sujet de la communication de M. Godon.

Je suis d'abord, je dois le dire, très heureux qu'il ait exposé devant vous, par le menu, la genèse d'une réforme aussi importante que celle qu'il nous signale et qu'il puisse nous dire qu'elle est en bonne voie de réalisation.

L'historique qu'il vous a fait montre quelle ténacité et quel esprit de suite il faut apporter pour obtenir la moindre réforme.

Cela vous montre aussi combien sont injustes les attaques dont a été l'objet récemment notre excellent directeur qui, depuis 25 ans, lutte sans répit pour l'amélioration de la situation des dentistes. Il est réellement grotesque de voir traiter de stomatologiste et d'ancien dentiste un homme dont vous venez de voir l'action si persévérante et si dévouée à la cause des dentistes. Sans mêler davantage de polé-

miques aux débats de cette société, je puis bien déplorer que ces attaques soient venues pour une bonne part de gens qui étaient au courant de ce qu'il avait fait et savaient exactement à quoi s'en tenir sur la valeur de leurs attaques.

Je me félicite pour ma part des réformes qui vont voir le jour. Elles ont pour nous une très grande importance, non seulement au point de vue de l'amélioration des études et des examens dentaires, mais, je crois, en outre, que ces réformes ont une très grande importance aussi au point de vue de l'autonomie même de notre profession.

M. Godon disait tout à l'heure qu'il eût préféré peut-être une quatrième année d'études au stage préliminaire. Je ne suis pas tout à fait de son avis. Je crois que cette question du stage de prothèse est infiniment préférable au point de vue de l'autonomie de notre profession et de sa spécialisation, tout à fait distincte de la médecine.

Une quatrième année, une cinquième année d'études même, avec un programme plus ou moins complexe mais moins spécialisé que celui portant sur la prothèse, auraient, je crois, moins d'importance pour nous et tendraient peut-être à rapprocher l'art dentaire de la médecine, alors qu'il doit suivre une marche parallèle, mais tout à fait distincte.

Ces deux années de stage porteront ainsi les études dentaires à une durée de 5 années. Je suis heureux de constater que, dans mon *Rapport sur l'enseignement dentaire dans les différents pays*, que j'ai présenté au Congrès de 1900, je proposais exactement le programme des 5 années d'études qui va être appliqué, dont les deux premières devaient être consacrées à un stage de prothèse et à des cours de sciences mécaniques, physiques et naturelles.

Ce stage, je trouve préférable de le faire dans une École dentaire, plutôt que chez les praticiens, en raison des conditions pédagogiques. Il y a certes quelques avantages à faire le stage dans le laboratoire d'un praticien, si l'élève rencontre un mécanicien habile et pédagogue, mais cela est rare et il est beaucoup de laboratoires de dentistes dans lesquels le stage consisterait simplement à couler des modèles ou à polir des pièces ou dans lesquels on donnerait à l'élève de très mauvais principes de prothèse. Il convient donc de se mettre en garde contre ces inconvénients.

Il est entendu que ces deux années de stage de prothèse doivent être accompagnées de cours de physique, chimie, mécanique et de sciences naturelles, cours théoriques qui compléteront utilement ce stage pratique et débarrasseront les études ultérieures de cours accessoires.

Pour ce qui est des conditions d'entrée dans les Écoles dentaires, je crois que le baccalauréat n'est pas une chose souhaitable. M. Godon vous en a exposé quelques raisons, M. Blatter vous en a indiqué

d'autres, j'en ajouterai encore quelques-unes qui me paraissent des plus importantes.

Je ne crois pas beaucoup pour ma part à l'efficacité du baccalauréat comme moyen d'éducation, car l'éducation ne va pas toujours de pair avec l'instruction. Elle tient au milieu et au caractère des individus, bien plus qu'à leur culture. Vous pourrez voir des gens sans instruction aucune et qui ont beaucoup d'éducation et des gens très instruits qui peuvent avoir un certain vernis, mais au fond sont beaucoup plus dépourvus d'éducation.

Sans doute il est nécessaire que quelqu'un qui va aborder une carrière libérale quelconque possède un fond d'instruction suffisant, afin que ses études ultérieures ne soient pas embarrassées de tout ce qui est trop élémentaire et afin qu'il possède les connaissances premières nécessaires pour comprendre les notions nouvelles qu'il lui va falloir apprendre ; cela comporte donc forcément un programme d'études préliminaires suffisamment étendu. Mais il est un point qu'il ne faut pas perdre de vue dans l'enseignement dentaire, et qui est capital, à mon avis, dans les conditions d'admission aux études dentaires, c'est que ces études doivent se commencer de très bonne heure, et un minimum de 18 ans, comme cela se produit avec le baccalauréat, est trop élevé. Si vous voulez faire de bons dentistes, il faut que leurs études commencent à 16 ans. Or vous ne pouvez pas obtenir cela avec le baccalauréat, où le minimum est de 18 ans. Il vous faut donc un examen qui permette l'entrée dans les Écoles dentaires de bonne heure ; à ce point de vue le certificat d'études primaires supérieures répond parfaitement au but que nous recherchons. Je crois qu'on peut constater que les élèves des Écoles dentaires qui possèdent le certificat d'études primaires supérieures constituent les meilleures recrues au point de vue de l'habileté.

Rappelez-vous, messieurs, cette discussion qui avait lieu à Cambridge en 1901 à la F. D. I. Sir Michael Forster y disait avec juste raison : « L'esprit vieillit très lentement et peut être instruit même assez tard, mais le corps vieillit très rapidement et il est nécessaire de le dresser quand il est très jeune. » On ne fait pas un bon pianiste, un bon violoniste à 20 ans, ces musiciens-là commencent à 5, 6, 7 ou 8 ans. Je ne demande évidemment pas qu'on commence aussi tôt à faire des dentistes, mais par cet exemple qui est à la portée de tout le monde vous voyez la valeur de mon observation. On pourra jouer du piano en commençant à 30 ou 40 ans, mais on ne sera jamais un virtuose.

Il peut y avoir des gens qui ont commencé l'étude de notre art plus ou moins tard et qui ont fait cependant de bons praticiens, mais ce n'est pas la règle générale et c'est elle qu'il faut considérer ici. M. Kirk, doyen de l'Université de Pensylvanie, disait dans cette

même discussion de la F.D.I. que je viens de rappeler : Voyez deux individus qui montent à bicyclette. L'un monte depuis l'âge de 10 ans, il est sur sa bicyclette tout à fait à son aise, il y monte, en descend, évolue sans gêne aucune. Un autre individu, du même âge, mais qui n'a débuté dans ce sport qu'à 25 ou à 30 ans n'acquerra jamais cette liberté et cette aisance que donne la coordination automatique des muscles avec laquelle un gamin de douze ans dirige sa machine. Cela tient à l'adaptation trop tardive des muscles et des cellules cérébrales qui président à tous les mouvements.

Ne perdons donc pas de vue cet objectif : *les études dentaires doivent se commencer de bonne heure et les conditions d'entrée ne doivent pas être un obstacle à cette précocité de l'instruction technique.*

Un mot pour terminer, à propos de la réforme des examens.

D'après la nouvelle organisation, ces examens comporteraient un examen supplémentaire, celui de validation de stage qui porterait non seulement sur la prothèse, mais aussi sur les sciences physiques, mécaniques et naturelles, qui seraient apprises pendant ce stage de prothèse.

Après les deux années de stage de prothèse il resterait trois années d'études : il y a une importance assez grande à ce que chacun des trois examens, qui se passent actuellement en bloc à la fin des trois années, soit passé à la fin de chaque année. La première année l'élève subirait l'examen d'anatomie et physiologie générales, la seconde année celui de pathologie et thérapeutique générales, la troisième année l'examen technique. En faisant ainsi, non seulement on aurait cet avantage que l'élève travaillerait plus spécialement chacune des matières sur lesquelles il serait interrogé, mais de plus, pendant l'année qui précède cet examen, il ne serait préoccupé que des matières en vue desquelles il doit subir l'examen. De sorte que, lorsqu'arrivera la troisième année il n'aura plus le souci de l'anatomie, de la pathologie, etc., et, durant cette troisième année, il pourra se consacrer tout entier, vouer tous ses efforts et ses facultés intellectuelles à l'enseignement technique qui doit arriver comme le couronnement de toutes ses études.

Cette manière de faire aurait encore un gros avantage, c'est qu'elle empêcherait les élèves mal préparés de continuer leurs études, car certains candidats se trouveraient arrêtés dès la première année si leurs facultés intellectuelles ou l'insuffisance de leur travail ne leur permettaient pas de poursuivre les études dentaires pendant trois autres années. Ce serait une barrière opposée aux élèves insuffisamment préparés auxquels on dirait ainsi : « Vous n'avez pas acquis les connaissances nécessaires pour continuer plus avant vos études. » De cette façon on obtiendrait une certaine sélection des élèves et les études se feraient d'une manière plus rationnelle. Je crois qu'il ressortirait de

cette organisation une amélioration considérable des études dentaires dans leur ensemble.

(A suivre.)

L'étendue du procès-verbal et l'abondance des matières nous obligent à ajourner au prochain numéro la suite de la discussion.

Toutefois nous annonçons que cette discussion s'est terminée par le vote de l'ordre du jour suivant, présenté par M. Touchard:

« La Société d'Odontologie, réunie dans sa séance du 22 janvier 1907, après avoir entendu différentes opinions sur la question de l'orientation de l'enseignement dentaire, émet le vœu qu'une assemblée générale de la Société civile de l'École dentaire de Paris soit convoquée pour donner plus d'ampleur à cette intéressante question. »

Ajoutons que le Conseil général du Groupement a décidé, dans sa séance du 24 février, que cette assemblée générale se tiendra le 20 avril.

N. D. L. R.

Le Bureau de la Société d'Odontologie a décidé que désormais ne paraîtront dans les comptes rendus que les observations des orateurs qui auront renvoyé au Secrétaire général en temps utile la sténographie qu'ils auront reçue, avec leurs corrections.

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DU 24 FÉVRIER 1907

I. — Une nouvelle dent à pivot.

Par M. JOHANNIDÈS.

Le nouveau procédé préconisé par M. Johannidès a pour caractéristique de présenter une bague sans soudure. Après préparation de la racine, on ajoute directement sur celle-ci, à l'aide d'un brunissoir, une plaquette de platine suffisamment mince qui, débordant autour de la racine, en garde l'empreinte ; avec une pince on rabat la partie débordante, qu'il n'y a plus qu'à appliquer au pourtour de la racine pour obtenir une adhérence parfaite de la bague. On renforce ensuite la partie postérieure (palatine) de la bague, en y soudant une demi-bague qui servira à former le talon de la dent.

Une variante du procédé de M. Johannidès consiste à souder sur la plaque un anneau d'un diamètre plus petit que celui de la première bague qui vient s'emboîter dans une rainure préalablement faite sur la racine à l'aide d'une tréphine. Pour ne pas provoquer un affaiblissement de la racine, la rainure ne doit pas dépasser la profondeur d'un millimètre.

Les avantages de la méthode de M. Johannidès sont :

1° Possibilité d'un ajustage absolument parfait par suite de la minceur de la plaque, ce qui permet à la gencive de recouvrir la dent sans l'inflammation que provoque une bague épaisse ;

2° Rapidité très grande d'exécution, dont M. Johannidès a donné la preuve en confectionnant, séance tenante, une dent à pivot parfaite à tous égards.

II. — Les inlays creux en or coulé (méthode Georges Villain), présentation de modèles techniques.

Par MM. G. VILLAIN et L. LEPELLETIER.

Voici dans ses grandes lignes la méthode de notre confrère G. Villain :

1° Prise d'empreinte avec de la laque ;

2° Modèle de cette empreinte coulée en spence métal ou ciment ;

3° Estampage ou brunissage de la matrice faite de platine ;

4° La matrice est renforcée sur la surface qui doit être en contact avec l'inlay, à l'aide d'or pur, fondu comme de la soudure ; pour éviter que cet or ne s'étende au delà des surfaces à renforcer, il suffit de peindre avec du blanc d'Espagne, de l'ocre, ou plus simplement du crayon mine de plomb les parties à protéger ;

5° La matrice est portée dans la cavité et brunie ; cette matrice renforcée est suffisamment rigide pour ne plus se déformer et reste cependant assez malléable pour être parfaitement brunie aux bords de la cavité. Au bord cervical surtout, où il est si difficile d'obtenir une matrice parfaite, la méthode de renforcement est précieuse ;

6° Faire à l'aide de plâtre et terre, un corps que l'on place au centre de la matrice, ce corps devant représenter en plein ce que l'on veut obtenir finalement en vide dans l'inlay ;

7° Le reste de la matrice est rempli de cire dure, le tout replacé dans la cavité, articulé et sculpté, pour donner à l'obturation la forme et le contour désirés.

8° Adjoindre à cette obturation en cire une cheminée de coulée de même matière (cette cheminée est appelée, par les fondeurs, masselotte ou évent), et une ou deux autres cheminées, très petites, faites de paille ou d'un mince filet de cire, et devant servir à l'échappement de l'air pendant la coulée ;

9° Investir en plâtre et terre l'inlay, fondre de l'or à 22 ou 24 karats et le couler par la cheminée ; cette coulée se fait soit à l'aide d'un creuset, soit directement en fondant le métal sur le bloc plâtre et terre que l'on renverse dès que l'or est fondu (méthode de Burt), ou, ce qui est mieux, on chauffe l'investement et fond l'or sur celui-ci dans un four construit par MM. G. Villain et L. Lepelletier. L'or fondu, le four est basculé et l'or coule directement dans la cheminée ;

10° Refroidir, scier les évents, finir, polir, percer le centre de la matrice, retirer le corps de plâtre et terre, sécher le tout et cimenter dans la dent.

III. — Anesthésie de la dentine et de la pulpe.

Par M. Levett.

M. Levett expérimente sur plusieurs malades le procédé d'anesthésie dû à *M. Weling*, de Stockholm. Les résultats n'ont pas été constants ; et il semble qu'il faille avant de généraliser le procédé attendre des expériences plus concluantes, d'autant plus que le liquide que l'on doit injecter dans la gencive n'est pas d'une composition exactement connue, M. Weling n'ayant pas cru devoir donner tous les composants qui rentrent dans le liquide qu'il préconise.

IV. — Méthode d'estampage au moyen de l'appareil dit châssis de moulage et d'un métal fusible à base température.

Par M. GEOFFROY.

M. Geoffroy fait la démonstration de l'excellence de sa méthode d'estampage des plaques métalliques grâce à un métal fusible dont il est l'inventeur. Ce métal, sans retrait, d'une très grande résistance, permet d'estamper plusieurs plaques, l'une après l'autre, et avec une très grande perfection dans les détails. Fusible à basse température, on le coule sur un modèle de plâtre et de sable.

Secondé par M. A. Lefèvre, il procède également à l'estampage de plaques métalliques d'épaisseurs variant du 4 au 7 de la filière anglaise.

La précision de l'estampage, la simplicité de manipulation et la rapidité du procédé valent à l'auteur de vives félicitations de la part des confrères présents.

Nous publierons du reste, inextenso et avec figures, l'exposé de la méthode de M. Geoffroy.

V. — Technique de l'obturation des canaux radiculaires.

Par M. O. AMOEDO.

M. Amoëdo fait sur plusieurs malades l'application de sa méthode dont nous publierons dans notre prochain numéro l'exposé complet.

VI. — Anesthésie locale obtenue avec les tablettes d'adrénaline, cocaïne, chlorure de sodium.

M. Blatter fait une démonstration d'anesthésie locale, avec un mélange de chlorhydrate de cocaïne, d'adrénaline et de chlorure de sodium, présenté sous forme de discoïdes comprimés, appelés « Dolorant ». Mathématiquement dosés, ils offrent le grand avantage de faire des solutions toujours fraîches et parfaitement titrées. Des recherches pratiquées par les physiologistes sur le pouvoir toxique des différents alcaloïdes, il résulte que leur toxicité se trouve considérablement diminuée par l'adjonction d'adrénaline et de chlorure de sodium, surtout en ce qui concerne la cocaïne. Telle est la teneur de ces comprimés.

Avec un seul discoïde, dissous dans 1 cc/m d'eau stérilisée, on obtient une solution anesthésique dont la formule est la suivante :

Chlorhydrate de cocaïne 0.01 ; chlorhydrate d'adrénaline, 0.00001 ; chlorure de sodium 0.00499.

M. Blatter, après ces considérations générales, passe à la démonstration pratique.

1er *cas.* — Il a pu, chez un homme de 45 ans, débrider largement, au thermo-cautère, la gencive œdématiée recouvrant les racines de la deuxième grosse molaire inférieure gauche, atteintes d'athrite aiguë et les extraire sans que le malade ait éprouvé la moindre souffrance, malgré la longueur de l'opération ; la perte de sang a été nulle.

2e *cas.* — Il s'agissait d'extraire, chez une jeune fille de 18 ans très émotive, la première petite molaire sup. g., atteinte d'une carie de 4e degré, avec complication d'athrite alvéolo-dentaire aiguë ; le résultat a été parfait, le champ opératoire est resté exsangue durant l'intervention, qui fut très laborieuse.

Ces malades ont été revus deux jours après sans présenter aucun signe de complications post-opératoires.

M. Blatter déclare avoir pratiqué 27 extractions avec cet anesthésique, tant dans son service de l'École qu'en clientèle, sans aucun insuccès. Il signale également l'emploi de ces discoïdes pour la pulpectomie et la radiculectomie extemporanée avec les meilleurs résultats. Il suffit de placer un fragment de ces comprimés dans la cavité, de recouvrir d'un coton imbibé d'eau stérilisée et d'exercer une compression graduelle.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMUNICATION DE M. GODON A LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE[1]

(Séance du 22 janvier.)

Je vous prie de m'excuser si la communication que je vais vous faire n'est pas aussi préparée que je l'aurais souhaité. Je pense que vous comprendrez qu'après les séances un peu mouvementées que nous venons d'avoir depuis près d'un mois, il ne m'a pas été possible de travailler autant que je l'aurais voulu à cette question. J'ai tenu cependant à ne pas retarder davantage cette communication, mais j'en ai fait une simple causerie.

Il m'a semblé en effet qu'il y avait une question d'opportunité qui obligeait à présenter et à discuter le plus tôt possible dans le sein de cette Société cette question de réforme des études et des examens dentaires.

J'aurais même souhaité que cette réunion ait lieu plus tôt, au commencement du mois, pour montrer à tous nos confrères qui s'intéressent aux questions de réforme, d'enseignement professionnel, que vraiment nous n'avons pas cessé une minute de nous en occuper nous-mêmes : je veux dire naturellement le Bureau et le Conseil de Direction de cette École.

Seulement, depuis un certain nombre d'années, c'était dans le sein du Conseil, dans le sein d'une Commission un peu fermée, qu'on s'occupait de ces questions de réformes. Il y avait toutes sortes de motifs à cela : les rapports avec les pouvoirs publics, les démarches qu'il est nécessaire de faire obligent le plus souvent à une certaine discrétion tant qu'on n'a pas obtenu un résultat, d'autant plus qu'il convient de ne pas éveiller l'attention des adversaires de ces réformes.

Toute modification à un état de choses existant soulève des objections, suscite, vous le savez, des adversaires, c'est pour cela qu'elles sont souvent si longues à réaliser. Mais cette méthode que nous avons suivie pendant de longues années ne me paraît plus bien possible aujourd'hui. Notre groupement professionnel ayant une organisation démocratique, tous les membres comprennent de plus en plus qu'il est de leur devoir qu'ils s'occupent des intérêts de cette Société, qu'ils participent aux discussions, qu'ils soient au courant de ce qui se dit, de ce qui se fait, de ce qu'on se propose de faire. Ils ont be-

1. V. p. 220.

soin d'être renseignés sur la direction qu'on veut donner à la Société. Pour ma part, je me félicite de cela et je suis heureux de cette ère nouvelle dans laquelle nous paraissons entrer. J'aime les choses au grand jour. La grande lumière des discussions en public ne me fait pas peur, bien au contraire, je les souhaite, je les désire. Nous allons donc causer ce soir de la réforme des études et des examens dentaires. Sur ce point, je dois dire que les discussions qui ont eu lieu dans les sociétés et les journaux ont été un peu confuses.

Il règne, à mon avis, une certaine anarchie dans les idées. De nombreux projets, comportant une orientation professionnelle différente, ont été indiqués de divers côtés dans des rapports ou des articles de journaux. On a ainsi fini par préconiser des solutions qui me paraissent être un peu contradictoires, qui sont en opposition en tous cas avec nos idées générales, avec les programmes de nos Sociétés, de notre groupement. C'est pour ces raisons qu'il convient que nous nous expliquions publiquement. Il y a aussi d'autres considérations qu'il ne faut pas oublier : c'est qu'il faut distinguer les réformes qui sont possibles, pratiques, et celles qui sont au contraire purement théoriques, philosophiques, que l'on peut formuler comme des souhaits mais qui sont ou bien irréalisables, dans notre pays, ou bien irréalisables immédiatement. Il faut, comme en politique, sérier les questions et porter seulement tout l'effort sur celles qui ont des chances d'aboutir.

Ainsi par exemple, l'année dernière, ou plutôt depuis deux ans, j'ai vu certaines sociétés, différents confrères se lancer dans une voie toute particulière, dépenser une certaine activité dans des questions de réformes et d'orientation de la politique professionnelle comportant notamment cette question du baccalauréat obligatoire au début des études dentaires. Il y a même à ce propos des groupes d'étudiants qui se sont formés, une agitation qui s'est manifestée par des réunions publiques à ce sujet, pour exercer une pression vis-à-vis des pouvoirs publics. Il semblait que c'était surtout cette réforme qu'il fallait poursuivre. Eh bien, quelle que soit notre opinion sur la question du baccalauréat, il était évident pour ceux qui étaient un peu au courant de la situation et des choses possibles, que l'obligation du baccalauréat n'était pas une réforme immédiatement réalisable. On a donc fait une agitation en pure perte, les démarches qu'on a faites vis-à-vis des pouvoirs publics ont été vaines. Lorsqu'on s'est effectivement trouvé devant le représentant autorisé des pouvoirs publics, il a tout simplement dit : Mes amis, le diplôme que vous demandez, le baccalauréat au début des études dentaires, est justement le diplôme que nous allons supprimer, de sorte que nous ne sommes pas disposés à rendre ce certificat obligatoire seulement pour les dentistes.

Dans cette circonstance, on a donc été se diminuer inutilement

vis-à-vis des pouvoirs publics en leur présentant une telle réforme.

Il est une autre question, celle du doctorat en chirurgie dentaire. C'est là une réforme que beaucoup d'entre nous ont préconisée. J'ai rappelé dans ma thèse que MM. Barrié, Loup, Mendel et plusieurs autres de nos confrères étaient partisans de cette réforme. Moi-même je m'en suis occupé à un certain nombre de points de vue. J'aurais été heureux de la voir réussir. J'ai pu me convaincre lorsque j'ai été admis devant la Commission de médecine et de pharmacie que cette réforme n'était pas réalisable pour le moment. Eh bien, provoquer une agitation sur ce sujet en ce moment, lancer nos Sociétés sur cette réforme, ce serait commettre une faute de tactique et provoquer en pure perte une dépense d'activité pour aboutir à une déception.

Si l'on classe nos réformes dans un certain ordre, on doit classer celle-là comme une réforme de seconde urgence, si je puis ainsi m'exprimer, ou de réalisation un peu plus éloignée. Il en est encore d'autres que je pourrais vous indiquer. Dans tous les cas, le point sur lequel je veux insister est celui-ci : c'est qu'il faut choisir parmi les réformes celles qui ont le plus de chances d'aboutir et écarter ou laisser au second plan les autres.

Je voudrais aussi appeler votre attention sur la lenteur, le temps considérable qu'il faut pour que les réformes qu'on désire aboutissent, lorsque ces réformes doivent se faire par un décret ou par une loi.

En France, il faut généralement de quinze à vingt ans pour faire une loi, à part des lois d'extrême urgence ou d'un intérêt politique supérieur.

Voilà par exemple la loi sur les aliénés, de 1831. Elle a des inconvénients considérables. Tout le monde est d'accord pour en demander la modification. Chaque législature nomme des Commissions qui élaborent des rapports favorables. Ces Commissions ont étudié la question à fond, mais on n'a tout de même pas pu mettre la loi nouvelle sur pied. Depuis que je suis entré dans la vie publique, que je fais partie de différentes sociétés politiques ou médicales, j'ai toujours entendu parler dans ces sociétés de la loi sur les aliénés, dont tout le monde est d'accord pour demander la revision, et l'on n'a pas encore abouti à faire passer la nouvelle loi.

La loi sur la réglementation de l'exercice dentaire a mis, à ma connaissance, une quinzaine d'années à passer à partir du moment où les pouvoirs publics s'en sont occupés, mais elle était depuis longtemps déjà en discussion. La première demande de réforme de la loi date de soixante à soixante-dix ans.

La loi sur la médecine du 19 ventôse an XI, qui a été réformée en 1892, était une réforme demandée par 20.000 médecins, dont un certain nombre étaient députés ou sénateurs. Elle a eu des rapports

favorables pendant tout le siècle. En 1848, il y avait un Rapport Salvandy qui allait aboutir. La Révolution de 1848 arrivée, tout cela est dégringolé, et il a fallu de 1848 à 1892, c'est-à-dire la durée d'un Empire et de deux Républiques pour mettre sur pied une loi qui était considérée comme une réforme urgente.

Quant aux décrets, j'ai entendu de nombreux sénateurs ou députés qui m'ont dit : Quoique faisant partie de la majorité, je réclame un décret pour telle ou telle réforme importante depuis dix ans et je suis arrêté par telle commission, par telle administration. J'ai conquis l'Intérieur, il faut que j'obtienne maintenant l'adhésion de l'Instruction publique ou réciproquement. Je dis tout ceci pour vous montrer les difficultés et les lenteurs des réformes lorsqu'elles exigent des lois ou des décrets nouveaux.

De là vient la nécessité qu'il y a de faire la part entre ce qui est théorique, ce qui est un vœu, un désir si légitime soit-il, et ce qui est immédiatement réalisable, ce qui a des possibilités de réalisation immédiate pour ne pas faire des efforts inutiles qui découragent les meilleures volontés.

Eh bien, en ce qui touche la loi de 1892, nous dirons que, dès qu'elle a été promulguée, après les décrets de 1893 et 1894 organisant l'enseignement dans les Écoles dentaires, cette loi a rencontré une certaine désapprobation chez les dentistes. Les conditions d'examen ont été fortement désapprouvées parce qu'une place insuffisante était faite à l'enseignement technique. Depuis l'application de cette loi, les inconvénients que nous avions signalés ont été en s'aggravant, nous avons été porter nos doléances à chaque nouveau ministre de l'Instruction publique, pour nous plaindre de la façon dont se passait l'examen, de la part restreinte faite à l'enseignement technique, des conditions dans lesquelles étaient nommés les examinateurs, etc. Ils nous ont toujours bien reçus, nous ont adressé de bonnes paroles, mais sans grands résultats.

En 1903, désireux d'aboutir à un résultat plus précis, le Conseil de l'École a nommé une commission qui était composée de MM. Papot, Sauvez, Roy, Martinier et moi. Cette commission aussitôt constituée a étudié quelles étaient les réformes qui semblaient alors désirables, possibles et réalisables immédiatement dans l'enseignement : dès qu'elle eut fait une étude un peu complète de la question, cette commission écrivit au Recteur de l'Académie pour lui demander une audience qui fut accordée.

M. Liard nous reçut au mois d'octobre, et nous lui exposâmes à ce moment les principaux desiderata de notre groupement qui portaient : 1° sur les conditions préliminaires d'enseignement à l'entrée de nos écoles ; 2° sur les conditions dans lesquelles se passaient les examens ; 3° sur l'examen technique.

Après une assez longue discussion, à laquelle ont pris part tous les membres de la Commission, M. Liard nous a dit : Adressez-moi un rapport, je suis tout disposé à vous aider à faire aboutir les réformes que vous demandez, dans la mesure du possible. Nous nous sommes aussitôt mis à l'œuvre, nous avons abouti à ce rapport de 1904 que nous avons envoyé au Recteur, qui a paru dans *L'Odontologie* de janvier 1904.

Le Recteur transmit ce rapport au ministère de l'Instruction publique et le soumit à l'étude d'une commission.

Nous sortions enfin de la phase des bonnes paroles. Je vous signale en passant cette phase qui est généralement très longue en matière de réforme.

Il faut pour obtenir ce premier résultat une très grande persévérance ; mais celle des commissions est très grande aussi.

Notre rapport fut envoyé au ministère de l'Instruction publique, pour qu'on en fasse une étude à la Commission de médecine et de pharmacie.

Nous demandâmes alors à entrer en rapports avec cette commission et je fus convoqué à être entendu le 24 juin 1904 ; j'y ai été seul, mes collègues n'ayant pu m'accompagner, et avec les membres de la Commission j'ai examiné et défendu les réformes que nous demandions dans notre rapport, sur lequel je ne reviens pas en détail, puisque vous avez pu le lire dans *L'Odontologie*.

Je le résumerai pourtant en disant qu'il rappelait qu'une période de dix années s'était écoulée depuis le vote de la loi, que cette période avait été assez longue pour qu'il soit possible d'en examiner en connaissance de cause les résultats ; que ces résultats n'étaient pas aussi satisfaisants qu'on était en droit de le désirer. La loi avait interdit l'entrée dans notre profession dentaire de praticiens sans instruction scientifique et médicale suffisante, et à ce point de vue nous n'avions qu'à nous féliciter du premier résultat obtenu ; mais si nous comparions le chirurgien-dentiste de l'Université de Paris aux chirurgiens-dentistes des Universités étrangères, notamment de celles des Etats-Unis, il semblait qu'il y avait, au point de vue du titre, une différence, puisque l'un était docteur en chirurgie dentaire et l'autre chirurgien-dentiste.

Il y avait aussi cette différence que pour l'un on s'était peu préoccupé de son instruction technique, tandis qu'au contraire, pour l'autre, dans les Universités américaines par exemple, la technique avait une importance bien plus grande. Nous comparions, ensuite, la situation des odontologistes et des stomatologistes dans cette question de l'application de la loi. Nous énumérions toutes les plaintes que nous avions à faire au sujet de cette application ; puisque les stomatologistes avaient été chargés de l'application de la loi, c'était naturellement leur conception qui avait présidé à cette application, c'était la con-

ception médicale qui avait primé et l'on avait négligé la partie technique de notre art; nous insistions pour montrer les conséquences de cette conception stomatologique et de ces conditions d'application. Nous montrions le discrédit jeté sur le diplôme de chirurgien-dentiste, qui pouvait avoir une valeur au point de vue médical et anesthésique, mais qui n'en avait aucune au point de vue technique, et nous en arrivions à démontrer la nécessité d'augmenter les études en créant une quatrième année, comme nous l'avions fait à l'École dentaire de Paris. Nous signalions que, par suite des conditions que nous venons d'indiquer, un certain nombre de jeunes gens s'en allaient en Amérique chercher des diplômes étrangers et aussi pour y trouver une instruction technique qui paraissait particulièrement négligée dans ce pays. Nous montrions qu'il y avait lieu de relever le diplôme de chirurgien-dentiste et de donner une importance plus grande à la technique.

Je me souviens que M. Roy, dans un rapport complémentaire, avait montré que, dans les examens scientifiques et médicaux, nous ne nous plaignions pas de leur organisation en général, mais qu'il y avait toutefois à signaler que le programme était insuffisamment limité. On avait vu des examinateurs demander à des candidats des choses qui n'avaient aucune espèce de rapport avec l'art dentaire.

M. Roy terminait son rapport en montrant la nécessité de limiter le programme.

La Commission de médecine et de pharmacie, après m'avoir entendu, avait accepté une partie des propositions que nous lui faisions, du moins elle avait fait un choix des différentes réformes que nous demandions en écartant notamment celle relative au doctorat en chirurgie dentaire. Cela n'est pas possible actuellement, disait M. Liard.

Au lieu de la quatrième année d'études que nous demandions, nous obtenions l'acceptation d'un stage préliminaire à l'entrée dans les écoles, stage de prothèse dans le laboratoire d'un dentiste ou d'une école.

M. le P[r] Bouchard et plusieurs membres de la Commission présents avaient été très frappés par nos plaintes au sujet de l'abaissement de la diminution de la technique et avaient tous été d'accord pour accepter le stage préliminaire. Ils acceptaient le stage, pourquoi ? Non seulement parce qu'il existe en Angleterre et en Allemagne, mais encore parce qu'il existe en pharmacie. Ils y voient une certaine analogie et ils ont préféré ce stage de deux années de prothèse à la quatrième année d'études que nous demandions. Nous étions, nous, plutôt partisans de cette quatrième année d'études dans une école dentaire.

Le stage de prothèse a été tout de suite accepté par la Commission tout entière. Je n'ai pas cru devoir refuser, puisque cela avait été de-

mandé d'abord par un grand nombre de confrères, ensuite parce que cela augmentait la partie technique.

Au point de vue des études préliminaires, la Commission a constaté qu'il y avait lieu d'augmenter l'éducation préliminaire du chirurgien-dentiste. Il y a trois certificats admis : celui de l'enseignement secondaire, le certificat d'études primaires supérieures et le baccalauréat. On examina combien il y avait parmi les élèves, actuellement, de diplômés de chaque certificat : certificat d'enseignement secondaire, 80 o/o environ ; certificat d'études primaires supérieures, 10 o/o ; de bacheliers, 10 o/o.

Et tout de suite cette préoccupation s'imposa : si l'on supprime les 90 o/o du recrutement d'une profession, les intérêts publics n'auront-ils pas à souffrir de la période de transition qui s'en suivra ?

Le certificat d'études secondaires a permis à nombre de gens de devenir chirurgiens-dentistes et ils ne l'auraient pas été sans cela. Il a facilité la transition ; mais il est discrédité et doit disparaître comme incomplet. En somme, ils acceptaient de le supprimer, mais pour ce qui est du certificat d'études primaires supérieures, on ne le supprimera pas, car ce serait aller contre l'évolution actuelle de l'enseignement public.

Non seulement cela aurait pu nuire au recrutement de la profession et aller ainsi contre l'intérêt public, mais le certificat d'études primaires supérieures, dans la pensée de ceux qui s'occupent de l'enseignement, est appelé à un grand avenir.

La grande division qui existe dans la Société entre la bourgeoisie et le peuple tient en partie à ces deux diplômes différents pour l'enseignement secondaire et l'enseignement primaire. L'enseignement secondaire se termine par le baccalauréat, l'enseignement primaire se termine par le certificat d'études primaires supérieures. Les hommes qui dirigent l'évolution de la démocratie sont d'avis qu'on doit arriver à donner les mêmes sanctions à ces deux enseignements. Il faut, dit-on, qu'on puisse, par l'enseignement primaire, arriver aux mêmes carrières que par l'enseignement secondaire.

Je n'insiste pas autrement sur ce côté de la question un peu en dehors de ce qui nous intéresse directement.

Donc, au point de vue des études préliminaires, la Commission accepte la suppression du certificat de l'enseignement secondaire.

Au point de vue de l'application du stage de prothèse, nous l'avions comprise d'une façon un peu différente lorsque nous avons créé dans nos écoles l'année préparatoire. Eh bien, la Commission accepte cela. Donc ce stage de prothèse peut se faire ou dans une école dentaire, ou dans le laboratoire d'un dentiste. Si c'est dans une école, nous avons un programme tout prêt qui est en application dans nos écoles depuis un certain nombre d'années, que nous appe-

lons le P. C. N. dentaire, un peu différent du P. C. N. qu'on applique à la profession médicale. Je me souviens d'avoir étudié avec M. Lemerle fils le programme du P. C. N. en son temps. J'ai pu me rendre compte que le P. C. N. médical n'était pas utilement applicable à l'étude de notre profession et j'en suis revenu à ce P. C. N. dentaire, que j'ai proposé.

La Commission de médecine et de pharmacie me demanda de faire un rapport sur les conditions dans lesquelles pourrait se faire le stage de prothèse qui devrait se terminer par un examen de validation de stage au bout de deux ans.

J'ai rédigé le rapport en question qui a paru dans *L'Odontologie* le 30 novembre 1904. Ce rapport a été soumis à la Commission nommée par notre Conseil, et soumis ensuite au Conseil de direction de cette école. Ce n'est que lorsqu'il a été approuvé que je l'ai envoyé. Entre temps j'avais fait entrer dans cet enseignement pratique de stage de prothèse un enseignement théorique portant sur les sciences accessoires de notre programme, physique, chimie, mécanique métallurgie, etc., de façon que le jeune homme qui sort du collège ne reste pas uniquement occupé dans le laboratoire et qu'il ait une culture intellectuelle en même temps qu'une culture manuelle. Depuis lors, le ministère a marché tout à fait dans cette voie et l'on a accepté que cet examen de validation comprenne des épreuves pratiques et des épreuves théoriques. On a également admis le dessin, le modelage, toutes ces choses que nous avons organisées ici et que Blatter enseigne si bien tous les matins à nos élèves. Il reste à savoir où se passerait cet examen de validation. Il se passera dans les différentes villes où il y a un chirurgien-dentiste ayant un laboratoire de prothèse régulièrement installé. J'ai essayé de faire admettre que cet examen n'ait lieu que dans les écoles dentaires, j'ai cru un moment que j'allais avoir gain de cause. J'aurais souhaité que le stage ne puisse se faire que dans les écoles dentaires, ou dans les Universités dans lesquelles une école dentaire était régulièrement organisée de façon que l'élève reçoive en même temps l'enseignement scientifique. Je crois que je ne réussirai pas sur ce point et que probablement le stage se passera ou dans le laboratoire de prothèse d'un dentiste, ou dans une école dentaire. En tout cas on exigera que ce soit chez un dentiste ayant un laboratoire de prothèse fonctionnant régulièrement. Voilà donc pour le stage de prothèse. Une autre réforme que nous avons demandée, c'est que les examens médicaux se passent à la fin de la première année et de la deuxième année. Je me souviens que Sauvez, notamment, dans un rapport au Congrès de Cherbourg et en plusieurs autres circonstances, s'était fait le défenseur de cette réforme. On aurait souhaité que l'on puisse — comme c'était le cas ici avant la loi — se débarrasser de ces examens de médecine

après la deuxième année et qu'au moins la troisième année soit consacrée complètement à la technique. Ce point encore paraît accepté d'une manière générale.

Le principal effort a porté sur la réforme du troisième examen. Nous demandons tous, depuis le décret de 1894, cette réforme. L'épreuve clinique, telle qu'elle est prévue dans le décret, est effectivement tout à fait insuffisante, telle qu'elle est appliquée elle est devenue de plus en plus réduite. On peut dire que l'épreuve clinique n'existe pas. L'élève examine un malade, mais le plus souvent il n'a pas à exécuter devant l'examinateur aucune des opérations résultant de son examen.

Dans le décret de 1894 on a mis *épreuves préliminaires à la prothèse*. Or il paraît que l'on ne fait même pas prendre une empreinte à tous les candidats.

Il y a quelque temps un agrégé en médecine a cru bon de se faire chirurgien-dentiste. Pour passer son examen, il avait apporté avec lui une boîte assez lourde d'instruments de dentisterie, de ciments, d'or, etc., il avait demandé au garçon de l'hôtel de l'apporter dans la salle. Dans cette salle d'examen, il y avait déjà plusieurs candidats. Ceux-ci lui dirent : On voit bien que vous n'avez pas l'habitude du troisième examen. Cette boîte est inutile et le garçon la remporta tout de suite.

Et effectivement, on l'a tout simplement interrogé sur les fractures des mâchoires. Il m'a fait part ensuite de son étonnement en voyant qu'on passait de cette façon les examens techniques de chirurgien-dentiste à Paris.

Cette critique a été faite de divers côtés et publiée assez souvent. Il est évident que le troisième examen n'existe pas. Nous avons beaucoup plaisanté l'examen passé en Belgique devant la Commission médicale, par un candidat chirurgien-dentiste auquel on avait demandé d'arracher une dent. Pour cela, on donna l'ordre d'apporter une tête de mort dont on disposait, mais on ne réussit pas à la retrouver, ce que voyant, on dit au candidat : Voyons, tenez, faites semblant d'arracher une dent, là, en prenant le coin de cette table, faites un peu le mouvement!

Les journaux professionnels avaient beaucoup plaisanté cet examen, mais nous n'avons en vérité rien à envier à la Belgique à ce sujet. Le troisième examen n'existe pas au point de vue technique : les examinateurs reprennent les différentes questions du deuxième examen. Enfin les locaux sont aussi tout à fait insuffisants au point de vue de leur organisation. Nous avons fait part de nos critiques à la Commission de médecine et de pharmacie. M. Brouardel me dit alors : N'insistez pas, je vous prie, ces messieurs sont comme moi fixés à cet égard : il n'y a pas de troisième examen technique. Je n'insistai pas, mais je demandai la réforme des épreuves techniques. Il y a une épreuve clini-

que qui, complétée, peut subsister ; elle ressemblerait à celle qui se passe dans la salle voisine pour nos élèves : ce serait l'épreuve clinique réelle. Nous voulions qu'on y ajoute une épreuve de dentisterie opératoire, préparation d'une carie de 3e ou 4e degré, une aurification, etc., et comme troisième épreuve, comme prothèse, l'exécution et la pose d'un appareil de prothèse. Tout cela a été accepté en principe. Pour ce qui est de la composition du jury, nous voulions qu'il y ait à côté des stomatologistes qui continuent à critiquer la loi de 1892 et qui cependant continuent tous les jours à fabriquer sous le couvert de cette loi des chirurgiens-dentistes n'offrant aucune espèce de garantie au point de vue technique, nous voulions, dis-je, qu'il y ait parmi les membres du jury d'examen des chirurgiens-dentistes compétents.

Nous signalions que les locaux étaient mauvais, qu'il était désirable que les examens soient passés dans une école dentaire. Il n'est pas possible de faire des examens sérieux dans des locaux qui ne disposent pas de l'organisation d'une École dentaire.

Tout cela a été accepté en 1904 par la Commission de médecine et de pharmacie.

Depuis l'École dentaire a offert ses services à l'Assistance publique pour le traitement des malades des hôpitaux, pour les soins de dentisterie opératoire et de prothèse. Je ne reviendrai pas sur les péripéties de cette deuxième proposition.

Mais il y a une catégorie de malades qui ne sont pas soignés dans les hôpitaux : ce sont les malades de l'assistance médicale à domicile et ceux des bureaux de bienfaisance. L'École dentaire offrit donc ses services pour les soins à donner aux malades de l'assistance médicale. L'Assistance publique accepta ces offres et chargea les deux Écoles dentaires reconnues d'utilité publique des soins dentaires et annexa à ce point de vue les dispensaires desdites écoles à l'Assistance publique, sans toucher en quoi que ce soit à leur organisation, à leur autonomie. Dans ces conditions, et toujours à l'aide des appuis que nous avons eus de tous côtés, nous avons réussi. A ce propos, permettez-moi de vous dire combien nos divisions sont fâcheuses, parce que quand on fait des démarches de cette nature on va chercher des appuis parmi tous ceux qui ont exprimé une sympathie quelconque à notre Institution, et nous n'en avons pas de trop. Or, il est toujours regrettable qu'on voie créer des distinctions parmi nous, de la part de ceux dont on va solliciter des concours qui nous sont si nécessaires.

Nous approchons maintenant du but et il semble que la plupart des difficultés sont levées. J'espérais même que le Conseil supérieur, qui s'est réuni le 27 décembre 1906, aurait examiné ces différentes réformes et qu'elles seraient transformées en décret à l'heure actuelle.

Or, il a encore surgi quelques petits obstacles, parce que, naturel-

lement, il y a toujours des intéressés à en faire surgir. Je crois cependant que ce sont des choses tout à fait passagères et que nous approchons de la période où tout cela va être réalisé sous forme de décret.

Pour me résumer vous voyez quelles sont les réformes actuellement sur le point d'être adoptées :

Suppression du certificat d'études secondaires ;

Création d'un stage de prothèse de deux années ;

Examen de validation de stage ;

Examens médicaux à la fin de la 2e année ;

Réforme du troisième examen par adjonction d'une épreuve de dentisterie opératoire et d'une épreuve de prothèse ;

Modification du jury ;

Modification des locaux où doivent se passer les examens.

Je dois ajouter que, pendant toute cette période, un professeur de la Faculté de médecine de Bordeaux, qui est devenu un de nos collègues, a été chargé par le ministère de l'Instruction publique d'une mission sur le fonctionnement et l'organisation des Universités dentaires à l'étranger.

M. Cavalié m'avait remis son rapport au mois d'août, à Lyon. Je l'avais parcouru alors, depuis j'ai revu ce travail plus à fond et j'ai constaté que M. Cavalié aboutissait à des conclusions analogues aux nôtres. Il demandait les mêmes réformes que nous, sauf qu'il est partisan de la création d'une école dentaire d'État, tandis que nous nous défendons les écoles d'enseignement libre. Mais pour le reste, il est partisan des mêmes réformes ou à peu près.

Ces réformes que nous démandons, que j'ai demandées et appuyées de tout mon pouvoir, avec tous nos amis de l'École, comme ceux en dehors de l'École, sont celles qui ont été adoptées et votées par nos Assemblées et les Conseils d'administration qui se sont succédé ici. Voilà les seules réformes qui sont immédiatement réalisables ; en dehors de cela toutes les autres propositions dont nous pouvons nous occuper et qui ont trait à l'orientation de la profession ou à des modifications de la loi peuvent faire l'objet de communications et de discussions intéressantes et nous occuper, mais je limite ma communication de ce soir aux réformes pratiques immédiatement réalisables.

J'ai tenu à vous en entretenir pour que vous sachiez ce que vous pouvez utilement examiner, excusez-moi si ma communication n'est pas plus étudiée et si j'ai été un peu long, cela tient au fait que je n'ai pas eu le temps de la préparer davantage, ainsi que je l'aurais voulu. La faute n'en revient pas tout à fait à moi seul. Il m'a semblé qu'il y avait toute urgence à nous entretenir dès le début de cette année, devant la Société d'Odontologie, de ces questions très importantes.

Comme suite à la communication de M. Godon et à l'intéressante discussion à laquelle elle a donné lieu à la Société d'Odontologie (v. p. 220), nos lecteurs liront sans doute avec intérêt le rapport de M. le Prof. Lannelongue sur le Projet de réorganisation des études dentaires, *qui vient de paraître dans le* Bulletin Médical *du 2 mars et que nous publions ci-dessous :*

PROJET DE RÉORGANISATION DES ÉTUDES DENTAIRES

Par M. le professeur Lannelongue.

Le Comité consultatif de l'Enseignement public a été saisi d'un projet de réorganisation des programmes dentaires au moment où la réforme des Études médicales est à l'ordre du jour et va devenir l'objet d'un examen des plus attentifs. N'eût-il pas été préférable de comprendre dans cette réforme la réorganisation de l'art dentaire, qui n'est qu'une partie de la médecine ? Cela me semble évident. Et si j'ai accepté d'être le rapporteur des questions soumises au Comité consultatif, c'est que j'ai l'opinion qu'on attendra longtemps la réforme des Études médicales, cette importante question étant soumise à l'examen d'une grande Commission qui n'aboutira certainement qu'après de très longs travaux.

Je mettrai en relief, dès l'abord, une considération bien digne de fixer l'esprit. Deux Facultés de médecine de l'État, celles de Lille et de Nancy, ont assuré l'exécution d'un programme d'enseignement dentaire, et une troisième, celle de Bordeaux, procède, en ce moment, à une création analogue.

Ne sont-ce pas des exemples qui font le plus grand honneur aux Universités de la province ? Je désire vivement que la Faculté de médecine de Paris entre dans la même voie et réclame impérieusement de l'État l'enseignement autonome et complet d'une spécialité, nullement différente des autres, et qui, par son influence éducatrice et bienfaisante, contribuera certainement à l'amélioration du sort des humbles et des débiles.

Conditions d'entrée. — S'il importe de ne pas éloigner les aspirants dentistes de la carrière qu'ils veulent suivre, par un accès trop difficile, on doit être également soucieux d'exiger d'eux un savoir dont le fond sera de nature à élever le niveau moral, en même temps qu'il fera peu à peu cesser le discrédit qui a plus ou moins justement pesé jusqu'ici sur la profession de dentiste. Le diplôme n'étant obtenu qu'à l'aide de connaissances sérieuses et plus étendues n'en aura que plus de valeur.

En dehors de mon opinion personnelle, j'ai pu recueillir une unanimité absolue de la part des dentistes, que j'ai interrogés, pour exiger le Baccalauréat ou le Certificat d'études primaires supérieur.

On ne saurait pas non plus, à notre époque, exclure les femmes de l'exercice d'une profession, qui est tout à fait à leur portée, conforme à nos mœurs, où elles se rendront utiles sans nuire aux soins que la maternité ou la famille peuvent exiger d'elles à un moment donné. Elles devront présenter le diplôme de fin d'études secondaires des jeunes filles qui est presque l'équivalent du baccalauréat.

L'heure n'a pas encore sonné où il faille demander le diplôme de docteur en médecine pour faire un dentiste ; mais j'estime qu'on y doit songer pour un avenir aussi rapproché que possible, et c'est favoriser l'évolution dans ce sens que de franchir une nouvelle étape en diminuant la distance qui sépare les deux diplômes.

Conformément aux vœux antérieurs du comité consultatif, je crois qu'il convient d'accepter un cycle de cinq ans pour la durée des études, avec un minimum d'âge d'entrée de seize ans. Toutefois, on pourrait facilement réduire les études à quatre ans, avec un enseignement plus serré, plus substantiel comme technique et comme savoir théorique, mais à la condition d'organiser des études plus méthodiques, plus systématiques, à l'aide de cours théoriques, cliniques, de travaux pratiques dans des laboratoires parfaitement outillés, et dans des consultations établies dans ce but. Mais une pareille organisation ne saurait être proposée à Paris qu'avec la création d'un vaste Institut dentaire autonome.

Sur les cinq années d'études, les deux premières seront consacrées au stage obligatoire, et les trois dernières à la scolarité proprement dite.

Stage. — La question du stage est, actuellement, une des plus difficiles à trancher. Où doit être fait le stage, comment l'assurer, et sur quelles matières doit-il porter ? tels sont les points les plus essentiels qui se présentent à l'examen.

Pour arriver à donner aux dentistes la dextérité et l'habileté opératoire qui leur sont nécessaires, le stage doit comprendre d'abord un travail manuel technique dans un laboratoire spécialement outillé, possédant depuis la forge jusqu'aux instruments d'assouplissement des métaux les plus durs, comme l'or. En second lieu, il est non moins indispensable que ces mêmes élèves apprennent, durant leur stage, à examiner une bouche et une dent, les manœuvres d'extraction, de redressement et de la dentisterie opératoire ; qu'ils voient et apprennent à employer les anesthésiques et qu'ils sachent ausculter le cœur, toutes choses qui ne peuvent s'acquérir que sur des malades venant régulièrement dans des salles de consultation ou dans le ca-

binet d'un dentiste ayant un laboratoire, apte à diriger le stage et désigné à cette intention.

Or, les hôpitaux de Paris ne possèdent aucun laboratoire, aucune organisation dans ce sens, bien qu'ils aient un personnel de dentistes et de stomatologistes de premier ordre, tous docteurs en médecine et capables d'enseigner.

Les Écoles dentaires libres seules et plus spécialement deux d'entre elles, un certain nombre de chirurgiens-dentistes diplômés de Paris et des grandes villes de province, des villes universitaires en particulier, peuvent offrir les laboratoires nécessaires et la plupart des conditions réclamées par les besoins du stage. On ne saurait donc frapper à d'autres portes que celles-là et encore devra-t-on exiger des garanties sérieuses en surveillant le stage à l'aide de contrôles bien déterminés et spéciaux.

On ne saurait ne pas dire, en effet, que même dans les Écoles dentaires et surtout chez les chirurgiens-dentistes la fabrication des appareils de prothèse est de plus en plus confiée à des mécaniciens de métier, de telle sorte que les apprentis n'auront pas beaucoup l'occasion de s'exercer à cette fabrication. On m'a donné l'assurance qu'en province beaucoup de dentistes, possédant des ateliers de fabrication, envoient les moulages des appareils dont ils ont besoin chez des mécaniciens de Paris ou des grandes villes pour qu'ils y soient exécutés par eux.

Toutefois, il est bien certain que les élèves pourront y apprendre à faire les petites pièces, toute la dentisterie opératoire et même la prothèse, si elle est l'objet d'une épreuve spéciale aux examens.

Les chirurgiens-dentistes ont, en effet, un intérêt pécuniaire puissant à fabriquer, dans leurs ateliers, les diverses pièces de prothèse dont ils ont besoin, attendu qu'ils prélèvent, sur chacune d'elles, un bénéfice d'au moins 50 o/o, travail compris.

Ces considérations me paraissent suffisantes pour établir qu'on peut, jusqu'à nouvel ordre, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'enseignement dans les consultations hospitalières soit organisé dans ce but, assurer le stage à la fois dans les Écoles dentaires et chez un certain nombre de chirurgiens-dentistes de Paris et des villes universitaires tout au moins.

Tous les élèves dentistes seront tenus d'habiter dans les villes où le stage a lieu et soumis à une réglementation particulière.

Un examen dit de validation du stage sera la sanction indispensable du travail des élèves inscrits. Cet examen comprendra les connaissances générales sur la physique, la chimie et les éléments de l'anatomie de l'homme. Les stagiaires devront donc suivre des cours sur ces matières et seront tenus de disséquer durant un semestre, celui de l'hiver de leur seconde année de préférence.

L'examen portera, en outre, sur la dentisterie proprement dite, c'est-à-dire sur tout ce qui touche au moulage, à la prise d'empreintes, aux appareils de redressement, aux extractions dentaires et au maniement des substances métalliques servant à la prothèse proprement dite. Celle-ci, exigeant une préparation plus longue que la durée du stage, ne sera demandée que dans les examens de scolarité. Le stage doit avoir pour but de donner au dentiste, avec les connaissances précédemment indiquées, une légèreté de mains et une dextérité dont il a besoin et il les acquerra d'autant plus aisément qu'il aura commencé plus jeune, mais seulement à partir de l'âge de seize ans, ou plutôt il n'en sera tenu compte qu'à partir de l'âge de seize ans.

Scolarité. — Avant d'aborder la scolarité, je tiens à faire ressortir un point que je considère comme essentiel, celui de ne pas laisser l'élève passer d'une année d'études à l'autre sans examen. L'examen est la seule garantie du travail de l'année et il doit être exigé aussi bien chez le dentiste que chez l'étudiant en médecine.

Il y aura de la sorte, pour les trois années de scolarité, deux examens en cours d'études et un examen terminal ou de couronnement d'études.

Première année. — Je propose l'enseignement des matières suivantes pour la première année d'études :

1° Éléments de séméiologie médicale et auscultation du cœur. Antisepsie chirurgicale et anesthésie. Ces notions seront puisées autant que possible dans les cours et de préférence dans les hôpitaux de médecine et de chirurgie.

Anatomie complète des dents, de leur développement et de leurs connexions avec les maxillaires.

2° Continuation des travaux pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse.

Examens de première année. — Il roulera sur ce programme et sera théorique.

Seconde année. — Éléments d'anatomie, de physiologie, de bactériologie. Stomatologie dentaire. Hygiène de la bouche.

Cliniques dentaires et laboratoire. — On y fera des extractions dentaires, des nettoyages et des pansements, des redressements et de la prothèse.

Cet examen sera théorique et roulera sur les diverses matières.

Troisième année. — Cliniques dentaires ; dentisterie opératoire et prothèse.

Examen. — L'examen terminal, dont le succès assure la *collation du grade de chirurgien-dentiste,* doit être plus important que les autres et avant tout professionnel. Je propose de le scinder en deux parties :

1° Epreuve clinique. — Cet examen aura lieu dans une consulta-

tion d'hôpital autant que possible ou dans une consultation d'une école dentaire. Il comportera l'examen de malades atteints d'affections dentaires ou de leurs annexes. Ce sera une épreuve de diagnostic, de clinique et d'indications thérapeutiques ; mais en même temps le jury devra faire une revision des connaissances des candidats sur ce qui touche l'hygiène de la bouche, l'anesthésie et les maladies des dents.

2° La seconde partie portera exclusivement sur la dentisterie opératoire et la prothèse. Elle comprendra la partie mécanique de ces interventions et, notamment, la fabrication d'un appareil de prothèse. La durée de cet examen sera fixée par le jury selon son importance, entre trois, huit heures et même deux jours d'épreuve s'il est utile.

Elle ne peut avoir lieu que dans un laboratoire de dentisterie dont l'outillage permettra cette fabrication.

D'où la nécessité d'avoir un *laboratoire complet d'enseignement dentaire,* tout prêt à servir également pour les sessions d'examen. On ne peut guère avoir quelque souci des études dentaires sans accepter l'obligation d'un laboratoire spécial dans les Facultés ou dans les Écoles d'enseignement, aussi bien pour toutes les garanties d'équité des examens que pour les études elles-mêmes.

Je terminerai ce travail en disant qu'il est juste d'accorder un avantage mérité, mais nullement un privilège, aux aspirants au doctorat en médecine qui ont fait trois années de scolarité médicale. Ils seront dispensés du premier examen de scolarité dentaire, mais à la condition de justifier des deux années de stage accompli dans un service dentaire hospitalier ou dans un établissement libre d'enseignement supérieur dentaire, reconnu d'utilité publique et assimilé aux dispensaires de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

BULLETIN

DU

GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

CIRCULAIRE ADRESSÉE AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE ET DE LA SOCIÉTÉ DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

Paris, le 5 mars 1907.

Monsieur et cher confrère,

Les deux consultations faites, l'une auprès des membres de la *Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris,* l'autre auprès des membres de *l'Association générale des Dentistes de France,* les 18 décembre et 20 janvier, ont donné les mêmes résultats. La majorité des deux Conseils est maintenant d'accord et la désignation des membres des bureaux de chaque société indique que désormais la même impulsion et la même direction seront données à ces deux organismes.

En toute conscience et en toute liberté, en toute connaissance des programmes, nos confrères de Paris et de la province ont nettement signifié que leur confiance restait entière à l'égard de ceux qui, fondateurs de l'École et de l'Association ou continuateurs des traditions des fondateurs, ont voulu faire de l'odontologie sans sectarisme, de l'administration sans gaspillage, de la libre discussion sans injures, de l'enseignement avec dévouement, de la philanthropie avec clairvoyance, en un mot de ceux qui, au-dessus de leur intérêt personnel, ont toujours placé la prospérité de l'Ecole, la défense des intérêts généraux, et le respect de la dignité de notre profession.

Ces manifestations du bon sens et de la haute confiance des membres de notre Groupement nous sont un encouragement, autant qu'un honneur, un nouveau motif d'action autant qu'une approbation pour le passé.

Aussi, à peine constitués, le Conseil de l'École et le Conseil de l'Association ont voulu immédiatement manifester l'harmonie renaissante et leur volonté d'agir en parfaite communion d'idées en se réunissant en Conseil du Groupement, et là, fut décidée la publication de la présente déclaration.

Un premier devoir nous incombe. La longue campagne, toujours plus violente, menée parmi nous par un petit groupe de confrères vindicatifs, a compromis l'union dans notre Groupement, décourageant

les uns, surexcitant les autres : la discorde et la haine ont remplacé l'entente confraternelle.

Le seul spectacle de nos assemblées jetait plus de discrédit sur nos sociétés et notre profession que ne pouvaient faire les articles de tous les adversaires des odontologistes réunis. En même temps, ces prétendus amis de nos institutions les sapaient sournoisement, comme ils avaient fait déjà de notre Fédération dentaire nationale ; les uns essayaient de discréditer notre École et notre Dispensaire, auprès des pouvoirs publics ; d'autres, pour satisfaire des rancunes personnelles, tentaient de nous faire perdre les subsides d'ailleurs insignifiants et plutôt moraux que nous recevons du Conseil municipal, les Bourses attribuées à nos pupilles de Paris, innocentes victimes de leurs mauvais procédés. De même qu'on avait excité les membres les uns contre les autres, on excitait les élèves contre l'Administration. On allait même jusqu'à exploiter dans un but de concurrence contre notre journal *L'Odontologie* les haines de certains fournisseurs à courtes vues contre notre Coopérative, dont plus de deux cents de nos sociétaires sont des membres assidus.

Ainsi sur tous les terrains, quelques agents d'un syndicat, pour satisfaire des rancunes personnelles, n'hésitaient pas à mener la bataille contre les meilleurs œuvres de défense et d'émancipation des dentistes.

De là sont sortis des désordres et des pertes, sinon des ruines, qu'il nous faut tout d'abord réparer. Refaire par la tolérance et la bienveillance notre harmonie intérieure, rendre à notre Groupement, à notre profession, et aux yeux des pouvoirs publics et des gens du dehors, la dignité qui impose le respect, dégager notre Groupement et notre profession des agissements inconscients ou brouillons, et sans faiblesse, ne pas laisser de nouveau libre jeu à la malveillance : telle est notre tâche. La clairvoyance, l'étroite union ont permis de triompher de ces crises périodiques qui se produisent trop souvent dans les associations à bases démocratiques. Nous veillerons à ce qu'elles ne se reproduisent plus chez nous.

Nos confrères voudront bien remarquer que ce travail de rénovation et de protection peut être et doit être le leur aussi bien que le nôtre. Quelques explications bienveillantes ramènent déjà ceux qui, de bonne foi, et mal renseignés, avaient fait cause commune avec ceux de nos adversaires que nous ne désespérons pas de voir revenir à nous. Ce premier travail, pour important et réparateur qu'il soit, ne nous laisse pas oublier les réalisations pratiques que vous attendez de vos mandataires.

Déjà le Conseil de direction de la Société de l'École vous a dit en sa déclaration du 27 décembre 1906, son programme.

Plusieurs points importants en sont réalisés. L'unité de direction aussi donne déjà des résultats : petit à petit une série de règlements

assure le fonctionnement le plus régulier des différents services intérieurs, des diverses parties de l'enseignement et le contrôle le plus sévère du Dispensaire. Cette œuvre féconde sera continuée, en même temps que le Conseil poursuivra les améliorations nouvelles à apporter dans les diverses branches de l'enseignement. Nous nous efforcerons d'obtenir que les réformes d'intérêt général actuellement à l'étude à l'Instruction publique aient enfin une solution prochaine et conforme aux vœux des odontologistes. Par là, l'École étend à tous les membres du Groupement l'influence bienfaisante de son action. Elle l'étend aussi par la Société d'Odontologie, organisme scientifique, qui vit surtout des travaux de nos professeurs, de nos chefs de clinique et démonstrateurs et des observations et expériences de nos membres.

Elle continue cette action par la vulgarisation de toutes les données scientifiques nouvelles, de tous les procédés nouveaux dans le journal *L'Odontologie*, organe officiel de notre Groupement, journal précieux intellectuellement et bienfaisant moralement par le lien confraternel qu'il établit entre tous. Malgré des concurrences nouvelles et parfois peu bienveillantes, il a maintenant retrouvé sa prospérité d'autrefois et repris sa marche ascendante. A la société et au journal, nous continuerons à donner tous nos soins afin de les maintenir au premier rang.

Notre programme pour l'Association générale vous fut indiqué également avant les récentes élections. Il nous semble nécessaire de préciser les trois points principaux sur lequels va s'exercer notre activité.

Le but principal de l'Association est dans la défense des intérêts professionnels et l'assistance aux membres de la profession, frappés par la misère ou la maladie. Pour de multiples raisons, depuis quelques années ce double rôle était négligé : il est temps de rendre à l'activité notre Chambre syndicale et notre Caisse de prévoyance.

Il n'est pas inutile que nous ayons laissé faire à d'autres des expériences qui ont montré ce que l'esprit étroit et sectaire peut faire pour discréditer des entreprises d'ailleurs justes. Nous profiterons des leçons et le champ nous reste largement ouvert.

Notre Chambre syndicale ne se recrute pas uniquement parmi les chirurgiens-dentistes, elle est comme notre Association ouverte à tous ceux de la profession : chirurgiens-dentistes, médecins-dentistes, dentistes patentés, mécaniciens-dentistes. Dès lors, elle doit défendre tous ces intérêts et les concilier par l'adoption de solutions qui s'inspirent de la justice et de l'intérêt général de la profession. Elle ne se livrera pas à des enquêtes inopportunes et préférera toujours, autant que possible, l'avertissement confraternel à la poursuite rigoureuse. Elle s'emploiera à être l'arbitre volontaire et gratuit lorsque des discussions de quelque ordre que ce soit surgiront entre confrères mem-

bres de l'Association ou non, lorsque employeurs et employés, dentistes et clients se trouveront en conflit.

Il nous paraît également nécessaire qu'un conseil judiciaire soit à la disposition de la Chambre syndicale et de ses membres comme cela existe déjà pour l'école.

D'autre part la Caisse de prévoyance, dont l'action sera étendue, sera organisée de façon pratique afin que toutes les infortunes de notre profession puissent réellement être soulagées, en fusionnant ses statuts avec ceux de la Société de prévoyance en cas de décès.

Nous ajoutons un troisième point très important parce qu'il assurera l'utilisation par tous nos confrères de ces organismes : la création de centres provinciaux. Parler de sections provinciales serait probablement prématuré, mais dès maintenant former un noyau syndical autour du confrère de la région membre du Conseil, là où il y en a un, ou autour d'un confrère membre de l'Association accrédité pour cela, sera mettre à la disposition de tous ce qui restait réservé aux parisiens ou aux provinciaux peu éloignés.

Outre que l'arbitrage gagnera à être ainsi exercé par des hommes au courant des habitudes et des besoins locaux, notre action mieux connue et mieux appréciée ne pourra que s'étendre.

Les membres les plus éloignés du siège social pourront ainsi participer à toutes les manifestations de notre Groupement comme ils viennent de le faire par le vote par correspondance. Dès lors, ils n'auront plus besoin de faire partie d'autres syndicats, la Chambre syndicale de l'Association devant maintenant leur suffire.

Le décret qui a déclaré l'École dentaire d'utilité publique a obligé de distinguer sous deux noms différents et en deux sociétés ce qui originairement pendant plus de douze ans par ses adhérents et son action n'en a constitué qu'une ; c'est pourquoi il avait paru nécessaire d'unir les conseils divers de ces organismes en un *Conseil général du Groupement*. Leur action harmonisée n'en était que plus puissante, l'administration ainsi presque unifiée ménageait les ressources. L'expérience qui vient d'être faite par les tentatives de séparation ou d'autonomie plus ou moins complète doit suffire à tous les esprits non prévenus ; elle ne pouvait produire que le désordre, l'incohérence, le gâchis, l'absence de travail utile, l'agitation stérile, la discorde et le discrédit, finalement la ruine de l'Association. La majorité de nos sociétaires l'a compris et vient de la condamner définitivement.

Aussi plus que jamais, sommes-nous disposés à reconstituer l'union intime de l'École et l'Association par le Conseil du Groupement vraiment actif, programme que nous n'avons cessé de préconiser et que les membres de nos assemblées générales ont approuvé en nous donnant leurs suffrages.

Il appartiendra aussi à ce Conseil du Groupement de faire en sorte, par l'appui qu'elles en recevront, que la F. D. N. devienne prospère à son tour et que la F. D. I. continue son œuvre utile dans la voie de l'évolution odontologique internationale. Les stomatologistes nous montrent actuellement qu'ils ont reconnu l'utilité de ces Fédérations puisqu'ils en jettent les bases. Pour nous, c'est l'extension naturelle, c'est l'action toujours plus puissante des éléments odontologiques par le groupement de toutes les forces professionnelles de France et de l'étranger.

D'ailleurs nous avons voulu montrer à la fois la volonté d'accord qui anime en ce moment vos mandataires et le lien qui unit nos rouages en plaçant à la tête de l'Association et de la Fédération Nationale l'auteur du rapport sur l'union intime, M. Francis Jean, ouvrier de la première heure au Cercle des dentistes, et dont le dévouement après plus de 28 ans est resté aussi ardent qu'au premier jour. Il présidera notre Congrès d'Odontologie de Reims avec l'autorité qui s'attache à sa valeur de praticien et qui découle des mandats que nous lui avons confiés. Il symbolisera l'accord à nouveau réalisé dans la profession et vous serez nombreux pour acclamer cet accord.

Qui nous sommes ? Vous le savez, puisque vous nous avez confié la direction des œuvres que vous aimez.

Ce que nous voulons faire ? Vous le saviez ; au moins en ces lignes générales nous avons voulu le préciser sans plus tarder.

Vous nous aiderez à réaliser notre programme. Dans une prochaine assemblée générale, le 20 avril, vous serez appelés à statuer sur ces questions. Vous nous donnerez vos indications, vous formulerez vos désirs. Vous vous efforcerez d'apaiser les rancunes, de vaincre le parti pris, d'éclairer les ignorances, de dissiper les malentendus. Vous créerez en province ces foyers, dont nous vous parlions, qui rayonnent à la fois la science de notre enseignement, l'utilité de nos groupements, la tolérance de notre esprit, la justice de notre action. L'harmonie ainsi renaîtra parmi nous, les œuvres seront plus utiles, nos groupements plus prospères, notre action plus puissante, et la dignité de notre profession et l'influence de notre science manifesteront nos incessants progrès.

Le bureau de l'Association générale des Dentistes de France.

Le bureau de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

La Commission exécutive du Conseil général du Groupement.

Le Conseil général du Groupement de l'École dentaire de Paris dans sa séance du 24 février 1907, et d'accord avec une décision semblable du Conseil de l'Association du 23 février, avait décidé qu'une

déclaration serait adressée au nom des trois bureaux à tous les membres des deux sociétés.

La déclaration ci-dessus a été adoptée dans la séance du lundi 4 mars 1907.

Le Conseil général du Groupement pour l'année 1907 est ainsi composé :

COMMISSION EXÉCUTIVE (1907)

Président : M. Godon.
Vice-Présidents : MM. Lemerle, Roy.
Secrétaire général : M. Blatter.
Trésorier général : M. Bioux.
Commissaires : MM. F. Jean, Touvet-Fanton, Viau, Brodhurst, Cecconi, D'Argent, Pont.

MEMBRES DU CONSEIL

Les membres du Conseil d'administration de l'Association générale des Dentistes de France :

MM.
Godon, *Président honoraire.*
F. Jean, *Président.*
Pont, *Vice-Président.*
D'Argent, *Vice-Président.*
G. Fouques, *Secrétaire général.*
Lalement (Paris), *Secrétaire adjoint.*
Viau, *Trésorier.*
Blatter, Claser, Debray, Delair, Devoucoux, Hugot, Jeay, L. Lemerle, Loup, Martinier, Roy, Sauvez, G. Viau.

PROVINCE (*Nord-Est*).

MM.
Audy (Senlis), **Joly** (Calais).

Sud-Est.

Brodhurst (Montluçon), **Chateau** (Grenoble), **Lalement** (Nevers), **Rigolet** (Auxerre).

Nord-Ouest.

Cecconi (Pontoise), **Dyssli** (Evreux), **Duncombe** (Lisieux), **Richer** (Vernon), **Thuillier** (Rouen).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Duplan** (La Rochelle), **Vichot** (Angers).

Chambre syndicale.

MM.
Blatter, *Président.*
G. Lalement (de Paris), *Secrétaire.*
Delair, Devoucoux, Viau.

Les membres du Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire :

MM.
Ch. Godon, *Président-Directeur.*
L. Lemerle, *Vice-Président.*
D'Argent, *Vice-Président.*
Blatter, *Secrétaire général.*
Bioux, *Trésorier.*
G. Viau, *Conservateur du Musée.*
Pélissier *Bibliothécaire.*
G. Villain, *Secrétaire des séances.*
Desforges, Eudlitz, Francis-Jean, Jeay, G. Lemerle, Loriot, Loup, Renhold (Michel), Sauvez, Touchard, Touvet-Fanton, Tzanck.

Les membres du Bureau de la Société d'Odontologie de Paris :

Touvet-Fanton, *Président.*
Jeay, *Vice-Président.*
Blatter, *Vice-Président.*
G. Lemerle, *Secrétaire général.*
Devoucoux, *Secrétaire adjoint.*

Les membres du Comité d'Administration du journal L'Odontologie :

Godon, *Directeur.*
Roy, *Rédacteur en chef.*
Dreyfus, *Secrétaire de la rédaction.*
Blatter, *Administrateur-gérant.*
Choquet, D'Argent, Frey, F. Jean, G. Lemerle, L. Lemerle, Touchard, Viau.

Caisse de prévoyance.

MM.
Debray, *Président.*
Cecconi, Jeay, Viau.

NÉCROLOGIE

Notre confrère, M. le Dr Chemin, de Toulouse, membre de l'Association générale des dentistes de France, vient d'avoir la douleur de perdre sa mère.

Nous lui exprimons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Caisse de prévoyance des dentistes.

ERRATUM

Nons avons omis de mentionner, p. 194 du dernier numéro, M. Cecconi, parmi les membres du Comité d'administration de la Caisse de prévoyance nommés pour 1907.

Conférence.

L'association des mécaniciens-dentistes a organisé le 6 mars, dans la salle des fêtes de la mairie du 9e arrondissement de Paris, une conférence contradictoire des plus intéressantes sur la réglementation de l'art dentaire et sur la loi de 1892.

De nombreux confrères étaient présents.

Fête de bienfaisance.

Les élèves de 2e année de l'École dentaire de Paris ont offert le

2 mars une fête à leurs camarades de première et de troisième année dans les locaux de l'École, mis à leur disposition par le Conseil de direction.

La salle Fauchard avait été aménagée pour la circonstance.

Des artistes amateurs et des artistes de profession se sont fait entendre pendant la première partie. La seconde partie, consacrée à la danse, ne s'est terminée qu'à cinq heures du matin.

Cette fête a été très réussie.

27e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1907 Vol. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS DE RÉVERSION CONOIDALE DES INCISIVES LATÉRALES SUPÉRIEURES

AVEC ANOMALIES MULTIPLES DE PLUSIEURS AUTRES DENTS

Par JEAN JARRICOT,

Chef de laboratoire de l'Université de Lyon.

La pièce que nous nous proposons d'étudier ici est un maxillaire supérieur d'homme adulte, épileptique à crises très fréquentes et fort indocile, chez lequel nous avons eu la bonne fortune de pouvoir réussir cependant une empreinte bien détaillée et sans déformation.

Description de la pièce.

Si l'on examine la pièce sur les faces palatine et labiale, ce qui frappe d'abord, c'est la forme insolite et le volume disproportionné des incisives. Le tableau suivant résume les dimensions principales de ces dents et les compare aux mesures de Black[1].

1. *Descriptive anatomy of the human teeth*, IV° Ed. Philadelphie, 1897.

Mesures exprimées en millimètres.	Incisives centrales Maximum	Minimum	Moyenne	épileptique	Incisives latérales épileptique	Maximum	Minimum	Moyenne
Diamètre mésio-distal de la couronne à la partie libre.	10	8	9	**9,5**	**0**	7	5	6,4
Diamètre mésio-distal de la couronne au collet.	7	5,5	6,3	**9,5**	**5**	5	4	4,4
Longueur de la couronne.	12	8	10	**11,4**	**8,5**	10,5	8	8,8

La forme générale des incisives latérales est celle d'un cône aplati sur la face mésiale, régulièrement arrondi sur les faces distale, labiale et palatine.

Les incisives centrales sont isolées l'une de l'autre par un diastème médian de $2^{mm}3$. Les incisives latérales se joignent au contraire très étroitement aux incisives centrales. L'incisive latérale droite est accolée à la face distale de l'incisive centrale. A gauche, un espace linéaire de $1/2^{mm}$ sépare actuellement les deux incisives, mais encore est-il dû, à n'en pas douter, à la disparition de la canine.

Le volume et la forme des incisives latérales contrastent d'autant plus avec le volume et la forme des incisives centrales que celles-ci sont manifestement hypertrophiées.

Ce n'est pourtant pas là un cas extrême.

Magitot a figuré dans son Traité [1] deux cas dont voici les mesures prises sur les dessins de grandeur nature.

1er Cas. Planche II, fig. 17.

Origine : n° 14 du Musée de la Société odontologique de Londres.

Diamètre mésio-distal.......... $9^{mm}5$
Longueur de la couronne........ 12^{mm}

2e Cas. Planche II, fig. 18.

Origine : Collection Magitot.

1. *Traité des anomalies du système dentaire* chez l'homme et les mammifères.

Diamètre mésio-distal..........	10mm
Longueur de la couronne.......	12mm

Dans les cas de Magitot, le diamètre mésio-distal de la couronne est uniforme au collet et à la partie libre ; il en est de même dans le cas étudié ici, où l'anomalie s'accompagne également d'une petite anomalie des angles, surtout à droite. L'angle mésial, normalement droit, est ici un peu arrondi, tandis que l'angle distal, normalement arrondi, est ici de 90°.

Au reste la majeure partie des dents de ce maxillaire présente quelques particularités singulières.

La canine droite, la seule présente, est atypique. C'est une assez grosse dent pointue, ovalaire de section au collet :

Diamètre labio-palatin............	7mm5
Diamètre mésio-distal au collet.. .	8mm5

Arrondie sur la face labiale, inclinée obliquement sur la face palatine, mais sans crête ni cuspide et par suite sans sillon aucun sur cette face.

La première prémolaire droite est affectée d'une rotation très nette, d'une torsion sur son axe de telle sorte que le cuspide palatin a été porté de dedans en dehors et d'arrière en avant jusqu'au contact avec la face postérieure de la canine.

La première et la deuxième molaires droites, au lieu d'être étranglées au collet, présentent, au contraire, leurs dimensions maxima à la région cervicale pour aller en décroissant de la gencive à la surface d'occlusion.

	M^1	M^2
Distance de la base du sillon jugal au cuspide palato-mésial..........................	11mm	6
Diamètre palato-jugal au collet.............	13mm5	13

Cette anomalie va en accentuant de la M^1 à la M^2 et de la M^2 à la M^3.

La M^2 est tricuspide par suite de la fusion des deux cuspides palatins.

La M^3, plus réduite encore, n'est plus qu'un tubercule co-

nique ombiliqué à la force triturante, un rudiment de molaire dont voici les dimensions maxima :

Diamètre palato-jugal............	7^{mm}
— perpendiculaire à celui-ci..	8^{mm}
Hauteur........................	5^{mm}

Les autres dents présentent moins d'intérêt. Les Pm^1, Pm^2, M^1 gauches sont normales. La M^2 est nécrosée par la carie dans toute la hauteur de la couronne répondant au cuspide disto-jugal.

Elle fut, d'ailleurs, comme son homologue droite, tricuspide par fusion des cuspides palatins.

Elle est, en outre, comme la droite, plus réduite de volume que la M^1, mais moins conique toutefois. De la M^3 abrasée par la carie il ne reste plus qu'un petit débris palatin de la couronne.

*
* *

L'arcade dentaire est asymétrique. La courbure de la moitié droite est à rayon plus court que la moitié gauche.

Dans son ensemble, l'arcade est du type hyperbolique comme l'établissent les mesures suivantes :

Diamètres transverses cervicaux.

I^2 de la face distale droite à la face distale gauche	29^{mm}
Pm^1 face palatine et milieu du collet..........	32^{mm}
M^1 face palatine et milieu du collet...........	35^{mm}5
M^2 face palatine et milieu du collet...........	38^{mm}5

Vue de profil, l'arcade indique une articulation extrêmement sinueuse.

La voûte palatine est régulière, peu profonde (11^{mm}) ; l'indice palatin est (environ) de 78,2.

Réflexions.

Encore que des diverses malformations que nous venons de signaler aucune ne soit inédite, il n'est peut-être pas sans intérêt d'en constater la réunion sur un même maxillaire.

D'autre part, parmi ces anomalies, deux au moins sem-

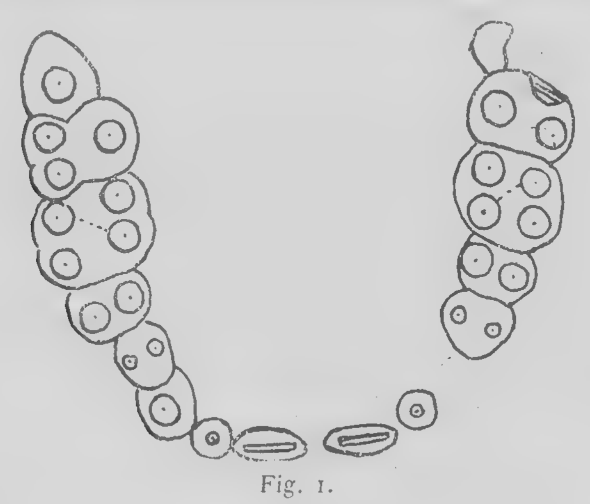


Fig. 1.

blent mériter une explication. Que signifie, comment faut-il interpréter :

1° La forme conoïde des incisives latérales ?

2° La décroissance de M^1 à M^3 du volume de la couronne et du nombre des cuspides ?

LA DENT CONOÏDE.

La forme conique des incisives latérales a été signalée par plusieurs observateurs, entre autres par Esquirol [1], par Bourneville [2], par Magitot [3], par Mme Sollier [4].

Il ne semble pas toutefois que des statistiques aient été dressées en vue d'établir la fréquence de cette anomalie. Personnellement, au Muséum de Lyon sur une série complexe de 210 crânes, exotiques en majeure partie, nous n'en n'avons pas trouvé un seul exemple ; pas un seul non plus sur une série ainsi composée de 31 crânes d'anthropoïdes.

---

1. D'après Mme Sollier. *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés*. Th. de Paris, 1887, figures.
2. *Mémoire sur la condition de la bouche des idiots. Journal des connaissances médicales*, 1862.
3. Magitot, *Traité des anomalies du système dentaire*, voir en particulier planche I, les fig. 7 et 8.
4. Loco cit. (1re note.)

Hylobates	4
Orang-outangs	6 (2 jeunes).
Chimpanzés	8
Gorilles	13

D'autre part, sur 945 examens de bouches chez des aliénés (asile de Saint-Ylie, aliénés du Doubs, du Jura et du territoire de Belfort), nous n'avons rencontré qu'un seul exemple, celui qui fait l'objet de cette note.

Ce cas est d'ailleurs remarquable par la longueur et par l'effilement des cônes, surtout si on le compare à ceux observés et figurés par les auteurs susnommés. Notre cas, il est vrai, se rapporte à un adulte.

*
* *

Un moulage rentrant bien dans la catégorie des mâchoires de jeunes dégénérés étudiés par Mme Sollier, nous a été communiqué avec son obligeance coutumière par M. le docteur F. Bouchard, professeur à l'École dentaire de Lyon. Il a été pris sur une jeune fille de 14 ans, infantile. Comme sur le maxillaire de l'aliéné étudié plus haut, il y a un rapport insolite entre le volume des incisives centrales et celui des autres dents. Ici, toutefois, si les incisives centrales semblent hypertrophiées, c'est relativement aux autres dents qui sont naines. En réalité les incisives arrivent à peine à la moyenne :

Diamètre mésio-distal de la couronne..	8^{mm}
Longueur de la couronne..............	$9^{mm}4$

Les incisives centrales sont flanquées de deux incisives coniques, mais ces dents ne sont que peu acuminées, celle de gauche surtout qui présente sur sa face palatine un léger sillon et à son extrémité libre un petit plateau ovalaire à bords mousses de 3^{mm} de grand axe et sillonné lui aussi, ce qui nous semble exclure l'idée d'érosion mécanique. Cette dent mesure :

Longueur de la couronne.............	5^{mm}
Diamètre mésio-distal (p. cervicale).....	4^{mm}
— labio-palatin (id.)	6^{mm}

L'incisive latérale droite est très petite :

Diamètre labio-palatin................	5^{mm}
Longueur de la couronne..............	$4^{mm}9$

Elle est plus franchement conique et se rapproche des types figurés par Magitot.

Nous ne poursuivrons pas plus loin une comparaison fastidieuse des deux pièces. Nous en avons dit assez pour faire comprendre que la malformation relevée sur notre aliéné représente bien le cas type, le bel exemple de l'incisive conoïde. *Mais que signifie cette malformation ?*

Le fait qu'on observe la dent conoïde surtout chez les dégénérés n'explique rien.

D'autre part, on jugera, sans doute, avec nous qu'il est bien difficile d'admettre pour les incisives conoïdes une variation d'utilité comme celle que nous admettons pour les molaires tricuspides. Il est bien improbable que la forme conoïde marque l'acquisition d'un nouveau type humain, les premières tendances d'une évolution rétrograde.

Nous n'avons pas de statistiques ; toutefois on n'a pas signalé et, pour notre part, nous n'avons jamais remarqué chez l'Européen de l'époque moderne une tendance à la réduction des incisives latérales par effilement de la couronne.

La forme conoïdale apparaît comme une rareté tératologique et elle coïncide presque toujours avec d'autres anomalies.

Mais précisément il est difficile de ne pas être frappé par ce fait que cette forme est toujours, quand on la rencontre, parfaitement distincte parmi les innombrables autres malformations de la denture des dégénérés, malformations désordonnées celles-là et incohérentes. L'atavisme est-il en cause ? Est-ce un rappel ? On l'a dit [1]. Il est certain que le cône est la forme primordiale et rudimentaire de la dent, « l'unité ou l'archétype sur lequel semble s'être constituée la série ascendante des modifications morphologiques du système [2] ».

1. C'est en particulier l'opinion de Magitot, *loco cit.*
2. Magitot, *loco cit.*, p. 13.

Il n'est pas plus singulier d'admettre une réviviscence pour la dent conique de l'homme que pour d'autres anomalies d'une origine aussi lointaine, par exemple la présence d'un os basiotique, la division des malaires, la présence d'une septième côte cervicale et de côtes lombaires, l'hypospadias, la duplicité de l'utérus [1], autant de caractères essentiellement reptiliens. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de descendre jusqu'aux reptiles pour rencontrer la forme primitive du tubercule dentaire.



Fig. 2.

A l'époque triasique, les mammifères les plus anciens possédaient des incisives coniques assez semblables à celles des reptiles et des poissons actuels. Leurs molaires elles-mêmes étaient formées d'une pointe conique médiane flanquée de deux petits denticules latéraux. Les Squalodontes [2] du Miocène et du Pliocène avaient, avec des molaires crénelées, des incisives, des canines et des prémolaires coniques à une seule racine.

La forme conique, au reste, s'est conservée jusqu'à nos jours chez certains mammifères, les Platanistes [3] par exem-

1. Raphaël Blanchard, *L'atavisme chez l'homme*, revue *d'Anthropologie*, VIII, 1885, p. 425 et suivantes.
2. Zittel, *Traité de paléontologie*, 1894, p. 169.
3. Zittel, *loco cit.*, p. 171.

ple, dont trois genres sont encore vivants, et les Delphinidés.

Bien que tous ces types semblent tout à fait en dehors de la phylogénie probable des hominiens, la constatation de dents coniques chez eux a son importance. Elle montre en effet que la dent conique est un caractère primitif de la dentition même dans les classes les plus élevées des Vertébrés.

En somme, l'explication de la forme conoïde des dents de l'homme par l'hypothèse d'un rappel atavique a le même degré de probabilité que le plupart des autres explications d'anomalies [1]. C'est néanmoins, il convient de ne pas l'oublier, une hypothèse plausible et rien autre chose.

L'ORDRE DÉCROISSANT DES MOLAIRES

Dans le cas qui nous occupe, il y a de M^1 à M^3 une décroissance bien nette du volume de la couronne et du nombre des cuspides. La rangée part d'une M^1 volumineuse et quadricuspide pour aboutir à un rudiment en passant par l'intermédiaire d'une M^2 tricuspide.

A première vue on sent là une singularité, mais quelle est la normale à proprement parler ?

LE NOMBRE DES CUSPIDES

Comme on peut le voir par le tableau suivant, les anatomistes ne sont pas d'accord sur le nombre de cuspides que possèdent les molaires supérieures de l'homme.

---

1. Accessoirement je rappellerai ici un point déjà signalé dans cette note à savoir que les anthropoïdes ne semblent pas présenter cette anomalie. On n'en a pas fait observer de cas, au moins à notre connaissance, et pour notre compte nous n'en avons jamais rencontré.

Bien entendu il ne faudrait pas chercher à retenir ce fait comme une difficulté contre l'hypothèse d'un rappel atavique dans le cas de la présence de dents coniques chez l'homme.

D'abord l'absence de la dent en cône chez les anthropoïdes peut n'être qu'apparente et tenir simplement à la pénurie des documents, comparée à la rareté de l'anomalie (moins de 0,09 o/o chez l'homme d'après notre statistique).

Ensuite, en admettant que des recherches ultérieures démontrent absolument l'absence de dents en cône chez les anthropoïdes, ce fait serait-il autre chose qu'une indication nouvelle à écarter les anthropoïdes de la phylogénie des hominiens ? C'est tout au plus s'il tendrait à fixer un peu plus bas qu'on a coutume de le faire le point de dichotomie du phyllum commun.

A quoi trait cette divergence ? L'examen d'un nombre considérable de pièces[1] porte Topinard à croire que le désaccord tient simplement au hasard des crânes qui sont tombés sous la main des anatomistes. Par lui, le quadricuspide est le type fondamental constant à 1/2 centième près sur la M^1 ; il est au type tricuspide comme 3 est à 1 sur la M^2 et presque à égalité sur la M^3 [2]. Nous nous rangeons à son opinion.

	M^1	M^2	M^3
Cuvier [3]	4	3	3
Sharpey, Cruveilher, Quain [4]	4	4	4
Owen [5]	4	4	3
Sappey [6]	4 qq. f. 3	3	3
Tomes [7]	4	4	4
Choquet [8]	4 qq. f. 5	4 qq. f. 5	?
Testut [9]	4	4	4
Amoedo [10]	5	de 4 à 3	3

LE VOLUME DE LA COURONNE

Sur notre pièce, le volume de la couronne suit la même progression décroissante que le nombre des cuspides. Une

1. L'examen a porté sur 568 M^1, 575 M^2, 345 M^3.
2. *De l'évolution des molaires et des prémolaires*, p. 648. L'*Anthropol.* 1892.
3, 4, 5 et 6, cités d'après Topinard, *Évolution des molaires et des prémolaires*. L'*Anthropol.* 1892
7. Tomes, *Anatomie dentaire humaine et comparée*, trad. Cruet 1880. « On peut dire que la première grosse molaire est plus fixe dans sa forme que la seconde et celle-ci que la troisième. Sous cette réserve la même description peut s'appliquer à la première et à la seconde », page 19.
8. *Anatomie dentaire*, 1903, p. 124 et 131.
9. « Toutefois le nombre de ces cuspides n'est pas constant : il peut suivant les cas descendre à trois ou s'élever à cinq. » Testut, *Traité d'anatomie*, t. III, 1895, p. 33.
10. « Aux quatre tubercules que nous venons de citer, il faut ajouter la « cingule » au cinquième tubercule que nous avons signalé sur le côté lingual du tubercule mésio-lingual. Ce tubercule, toujours bilatéral, est héréditaire. » Amoedo, in *Traité d'anatomie* de Poirier. 1895, t. IV, p. 600.

anomalie semble du reste constituée ici par l'excès même de cette réduction.

L'opinion généralement acceptée paraît être que la M^3 est un organe en voie de disparition chez l'Européen moderne.

C'est l'opinion de Testut [1] qui oppose à l'Européen actuel l'homme des races anciennes chez qui, comme à Chancelade [2], à Spy et à la Naulette, le volume des molaires serait allé en croissant d'avant en arrière.

On a publié récemment divers documents assez en faveur de cette manière de voir, l'étude, par exemple, faite par Gaudry, de la dentition du Jeune Homme de La Double Sépulture [3]. Mais peut-être jugera-t-on avec nous qu'il est prématuré de généraliser et que l'hypothèse gagnerait à s'appuyer au moins sur l'ensemble des fossiles dont l'âge est connu d'une manière indubitable [4].

Testut oppose également, dans les races humaines actuelles, les types supérieurs aux inférieurs. Tandis que chez les premiers les molaires, la dent de sagesse surtout, seraient frappées de déchéances, chez les seconds le volume des molaires serait uniforme et constant de M^1 à M^3.

Cette assertion semblera peut-être un peu trop absolue [5]. Demoor [6] admet que l'atrophie de la M^3 frappe déjà les races inférieures ; il fixe le pourcentage de la disparition de cette dent (rétention ?) à 19 o/o des cas ; c'est 33 o/o de moins que dans les races supérieures. Mais ces chiffres paraîtront sans doute un peu élevés.

Aussi bien est-ce là une petite question de détail. Dans

---

1. *Testut, Traité d'anatomie*, t. III, p. 35. « Aujourd'hui la dent de sagesse n'est plus dans nos races européennes qu'un organe rudimentaire, un de ces organes que nous sommes en train de perdre. »

2. *Testut, Bulletin de la Société d'Anthrop.*, de Lyon, 1889. Recherches anthropologiques sur le squelette quaternaire de Chancelade.

3. Fouilles de la grotte des Enfants, aux Baoussé-Roussé; Gaudry. Contribution à l'histoire des hommes fossiles. *L'Anthropologie*, t. XIV, 1903.

4. Un travail précieux de sélection a été fait par Obermaier, *Les restes humains quaternaires dans l'Europe centrale*. *L'Anthropologie*, 1905, p. 385 et 1906, p. 56. (Autriche-Hongrie et Allemagne).

5. Owen se bornait à dire que, si la dent de sagesse est la plus petite des trois grosses molaires, ce caractère est moins marqué dans la race noire que dans la race caucasienne. *Odontography*, p. 454.

6. L'évolution régressive 1897 (Institut Solvay).

l'ensemble, la proposition de Testut reste vraie. Avec la majorité, sinon l'unanimité des odontologistes, il faut admettre chez l'homme une régression des molaires et plus particulièrement de l'arrière-molaire [1]. Mais alors la signification de la molaire tricuspide s'éclaire singulièrement.

On a voulu voir là un phénomène de réversion. Pour M. Cope le type tricuspide de l'homme est un rappel du type fondamental des lémuriens anciens.

Mais l'argumentation de M. Cope semble fragile. On ne voit pas, en effet, qu'elle repose sur autre chose que sur une analogie dans le nombre des cuspides. Si une filiation directe lémuro-hominienne était démontrée par ailleurs, l'analogie des molaires posséderait du même coup une explication satisfaisante. Au contraire, en l'absence de cette démonstration l'analogie des molaires est énigmatique. Que l'on considère cette analogie comme une indication à édifier, une théorie phylogénique, soit. Mais alors on ne peut pas sans pétition de principes, en faire un argument en faveur de cette même théorie, une preuve de son exactitude. On

---

1. *Gaudry* a montré comment sur les quatre denticules dont se compose une arrière-molaire supérieure, il y en a un qui est successivement atténué ; le deuxième denticule interne, très grand chez l'oréopithecus, devient moindre chez le dryopithecus et chez l'orang. Il est saillant, mais rapetissé, chez le gorille et le gibbon ; il diminue encore chez le chimpanzé, un peu plus chez l'australien et, comme l'a annoncé M. Cope, c'est chez le Blanc qu'il est le plus réduit. Sur la similitude des dents de l'homme et de quelques animaux. L'*Anthropologie*, 1901, p 93. Congrès d'Anthropologie et d'Archéologie préhistorique, XII[e] session, Paris, 1900.

Topinard est très affirmatif. « Elle (la M^3) est superflue, gêne le développement des autres et est gênée dans le sien. Elle est en voie de dégénérescence. » *Loco cit.*, p. 652.

Tomes ne l'était pas moins. « Il semble bien que la dent de sagesse est en train de disparaître des mâchoires chez les races civilisées ; chez les singes anthropoïdes la dent de sagesse est aussi volumineuse que les autres molaires ou peu s'en faut ; sa forme est fixe et elle fait son éruption en même temps que la canine. Chez les races humaines inférieures la dent de sagesse semble ne subir que peu de variations ; elle est volumineuse et n'est jamais irrégulièrement placée ; chez les races de civilisation avancée au contraire, elle est très variable dans son volume, dans sa forme, dans l'époque de son apparition ; elle est souvent déplacée et il n'est pas rare de la trouver réduite à l'état rudimentaire. On est donc autorisé à conclure légitimement que, si les races continuent à se modifier dans le même sens, la dent de sagesse en viendra à disparaître totalement. » *Loco cit.*, p. 417.

ne peut pas, à plus forte raison, expliquer l'analogie des molaires par la même théorie phylogénique [1].

L'explication d'un type tricuspide de l'homme par une réminiscence de l'origine se heurte d'ailleurs à des difficultés sérieuses. Nous citerons le cas de bicuspidité des molaires où une hypothèse atavique semble bien aventureuse ; l'ontogénie des prémolaires rappelant avec évidence que ces dents dérivent d'une quadricuspide ancienne ; la rareté des faits d'atavisme vrai opposée à la fréquence du type tricuspide (16,5 o/o sur M^2 au maxillaire supérieur et 39,2 o/o sur M^3 [2]. Au contraire tout l'ensemble des faits incline à voir dans le type tricuspide une évolution rétrograde ; la réduction incontestable du volume des molaires de l'homme actuel (européen) ; la réduction synergique du nombre des cuspides par effacement progressif du cuspide postéro-interne et le mécanisme par suite, facile à saisir à tous les degrés, de la mutation en tricuspide d'une M^2 quadricuspide.

Evidemment ce n'est pas la certitude. On voit même difficilement que l'on puisse espérer une vérification expérimentale. D'un autre côté, alors que des statistiques de molaires préhistoriques seraient d'un si vif intérêt, il se trouve que les crânes sont rares et que les molaires sont presque toujours fort usées.

Mais, somme toute, si l'on met en regard, d'une part les difficultés relevées contre l'hypothèse de M. Cope et sa gratuité absolue, d'autre part les arguments très forts d'une hypothèse d'évolution rétrograde et l'élégance des solutions qu'elle peut fournir [3], on accordera, croyons-nous, que la faveur ne va pas à la théorie américaine.

---

1. Il en est ainsi d'ailleurs de tous les autres rapprochements qu'on a faits entre les lémuriens et l'homme, même les plus singuliers, par exemple l'isolement du lobule cunéiforme observé par Chudzinski sur un cerveau de loris grêle. Plis cérébraux des lémuriens en général et du loris grêle en particulier. — *Bullet. de la Soc. d'Anthropologie de Paris*, 1895.

2. Topinard, Loco. cit. pass.

3. Ainsi l'interprétation du type tricuspide comme une adaptation d'utilité a l'avantage d'expliquer pourquoi ce type se rencontre chez l'homme et jamais chez les anthropoïdes. Il suffit de remarquer que l'homme et les anthropodes ayant des modes d'alimentation différents doivent être sollicités au point de vue odontologique par des tendances différentes.

EXTRACTION DES DENTS DE SAGESSE

Procédé nouveau de M. Etchepareborda, de Buenos-Ayres.

Présenté par M. R. Heïdé,
Professeur honoraire à l'École dentaire de Paris.

Permettez-moi de vous faire connaître un procédé dont pour ma part j'ignorais l'existence jusqu'à ce jour, procédé qui a été imaginé par notre éminent confrère Etchepareborda, de Buenos-Ayres.

M. Etchepareborda, ancien élève de notre École, n'est certainement pas connu de vous tous, ce sont plutôt les vétérans de la profession qui s'en souviennent et il a laissé le meilleur souvenir auprès de ceux qui l'ont connu à Paris.

Le procédé de M. Etchepareborda est très ingénieux pour empêcher, en cas d'avulsion d'une dent de sagesse, que la molaire adjacente ne soit luxée ; notre savant confrère a imaginé dans ce but un appareil prothétique d'une grande simplicité. Disons d'ores et déjà que la façon dont il a tourné la difficulté est assez intéressante pour mériter d'être signalée ; aussi ne puis-je faire mieux que de vous lire le texte même de la lettre que notre estimé confrère m'a adressée ; les détails circonstanciés qu'il renferme vous permettront, mieux que je ne saurais le faire moi-même, de vous donner une idée de son procédé.

....

Dans *L'Odontologie* du 31 mars 1906, je viens de lire la très intéressante description que vous avez faite de deux procédés pour l'extraction des dents dans des cas difficiles.

Permettez-moi de vous en féliciter très cordialement ; d'après votre article, je considère comme excellent le procédé que vous décrivez et, dans un bon nombre de cas, je pense qu'il est le seul qui permette à l'opérateur d'atteindre le but proposé : extraire la dent ou la racine, objet de l'intervention.

J'emploie depuis quelques années un procédé analogue au vôtre, seulement je coupe préalablement la gencive que je détache après avec la rugine.

La gouge et le maillet pour les racines inférieures cassées

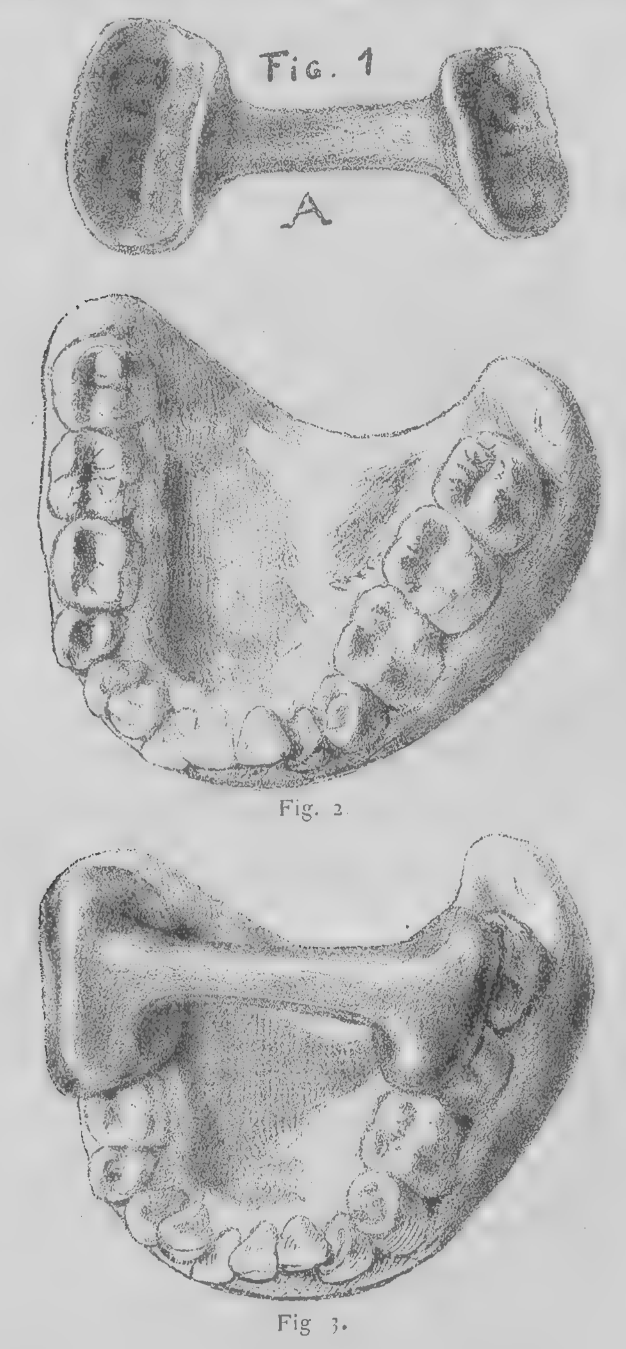


Fig. 2

Fig 3.

très bas, ainsi que pour l'extraction des dents de sagesse

incluses très profondément dans le maxillaire, m'ont donné un très bon résultat, comme vous pouvez le voir, si vous voulez bien prendre la peine de faire traduire l'*Argentina Médica* que je vous envoie.

Maintenant, permettez-moi de vous signaler un moyen que j'ai employé il y a quelques jours pour enlever une dent de sagesse inférieure, placée très extérieurement par rapport aux autres dents de la mâchoire. Dans ces cas, comme vous le savez bien, on court le risque de luxer la deuxième molaire, parce que la dent de sagesse trouve un fort point d'appui sur le bord antérieur de l'apophyse coronoïde. J'ai vu plusieurs fois se produire cet accident, et il m'est arrivé une fois à moi-même ; voulant extraire une dent de sagesse très solide, la deuxième molaire se luxa et je fus obligé de l'enlever une dizaine de jours après, à cause des douleurs qu'elle déterminait.

Je vous envoie le modèle (fig. 2) pris à la malade pour laquelle j'ai recouru au moyen que je vais vous indiquer et qui avait une dent de sagesse dans ces conditions. Un médecin-dentiste avait essayé de l'extraire à plusieurs reprises, mais il remarqua qu'à toutes ses tentatives d'extractions, c'était la deuxième molaire qui cédait. Après ces efforts inutiles, il m'adressa la patiente, j'examinai le cas, et je compris qu'il n'avait pu réussir, à cause de la mauvaise direction des efforts.

J'étais sûr, étant donné la position de la dent de sagesse et la longueur de ses racines, accusées par une radiographie, que la luxation de la deuxième molaire serait inévitable, si par un procédé quelconque, elle n'était maintenue solidement en place au moment de l'extraction. C'est pourquoi j'imaginai le procédé suivant : je pris un modèle en cire et par le procédé conseillé par M. L. Delair (*Odontologie*, 15 février 1906), je fis l'appareil en étain que je vous envoie (fig. 1). Il me suffit pour maintenir fortement avec la main gauche l'appareil au moment où j'introduisis la langue-de-carpe : la dent céda au premier effort et la deuxième molaire ne bougea pas.

Je vous serais très reconnaissant, si vous pensez que le cas en vaille la peine, de le présenter, ou mieux, si vous le voulez, de faire une très courte communication verbale en mon nom, à la Société d'Odontologie de Paris, dont les travaux m'intéressent toujours si vivement.

. . . .

Comme vous le voyez, Etchepareborda met entre nos mains, par l'appareil protecteur qu'il a imaginé, un procédé d'extraction des plus ingénieux pour certains cas difficiles ; on ne peut que souhaiter vivement de le voir entrer dans la pratique courante. Je tiens à apporter ici le témoignage de ma haute estime pour de semblables initiatives puisqu'elles ont pour but de lever par les moyens les plus simples, les plus rationnels, les obstacles auxquels nous nous heurtons sans cesse, dans la pratique.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

TECHNIQUE DE L'OBTURATION DES CANAUX RADICULAIRES[1]

Par O. Amoedo.

Avant de commencer ma démonstration, je tiens à vous faire deux déclarations. La première, c'est que les instruments, ainsi que les produits dont je me servirai, on les trouve partout, ou on les prépare soi-même; ensuite, c'est que je ne vous apporte rien de nouveau ; je vais, au contraire, vous entretenir d'une technique ancienne, dans une démonstration clinique, et si j'ai choisi la technique de l'obturation des canaux radiculaires, c'est qu'après une longue expérience, je suis arrivé à cette conclusion, que les dents à pulpe morte, par l'importance des complications auxquelles elles peuvent donner lieu, doivent être considérées comme le pivot autour duquel tourne tout l'art dentaire.

En effet, à quoi peut servir sur une dent morte, une belle obturation, or ou porcelaine, si le canal n'est pas convenablement soigné ? ou bien une couronne en or, une dent à pivot, un pont ?

Je n'ai pas besoin de m'étendre sur les multiples complications qui peuvent se présenter à la suite d'un traitement incomplet, vous les connaissez tous.

La première, par ordre de fréquence, est l'ostéopériostite aiguë. Elle aboutit, en général, à un abcès, et la plupart du temps, lorsque la dent est conservée, cet abcès est suivi de fistule. Lorsque par suite du mauvais état général l'infection se porte du côté du plancher de la bouche, s'il n'y a pas de formation de pus, on peut dire que ce malade est condamné, car neuf fois sur dix, il succombe par œdème de la glotte et asphyxie. Cette complication c'est l'angine de Ludwig.

Mais, de toutes les complications, la plus fréquente et la plus souvent ignorée, c'est la sinusite maxillaire chronique. En effet, lorsque ces petites fistules insidieuses que l'on voit s'ouvrir sur la gencive et couler pendant des années, sans jamais faire de mal, lorsque ces fistules, dis-je, s'ouvrent dans la cavité de l'antre d'Higmore, le pus, qui s'y est continuellement déversé, irrite la muqueuse très lentement, et ce n'est qu'au bout de plusieurs années, lorsque la muqueuse du sinus est déjà très épaissie et suppure abondamment à son tour, que l'on s'aperçoit de la sinusite.

---

1. Exposé fait à la séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'Odontologie, le 24 février 1907, à l'Ecole dentaire de Paris.

Les sinusites qui ont cette pathogénie ont été très bien étudiées par M. Mahu. Elles se comptent par milliers, et l'on peut affirmer que toutes les molaires supérieures traitées par les procédés momifiants sans vider ni obturer les canaux, finissent par occasionner des sinusites.

Avant d'obturer les canaux, il est bien entendu qu'ils ont été préalablement traités.

En 1889, lors de ma première communication à Paris, au premier Congrès international, je conseillai l'obturation immédiate de toutes les dents. Depuis longtemps, je ne suis plus cette règle d'une manière aussi absolue et je ne pratique l'obturation immédiate que dans les cas de troisième degré, et après extirpation de la pulpe. Dans les autres cas, je procède de la manière suivante : tout d'abord, je fais la désinfection de la bouche en général. Cela s'obtient par un badigeonnage des collets des dents avec une boulette de coton trempée dans une solution de nitrate d'argent à 10 o/o et par des lavages avec une substance antiseptique.

Ensuite, grande ouverture de la couronne afin d'y voir clair, et d'établir un accès facile aux canaux. Enlèvement de toute dentine cariée avec des excavateurs à grande cuillère, ou avec des fraises, cela tout en laissant intactes les parois de la chambre pulpaire.

Lavages avec une solution antiseptique projetée avec une seringue ordinaire. Ensuite on pousse de l'eau oxygénée dans les canaux, à l'aide d'une seringue de Pravaz munie d'une canule fine en platine iridié. On enlève les détritus contenus à l'intérieur du canal avec un équarissoir fin et on continue à laver à l'eau oxygénée. Puis, on élargit les canaux en se servant de forets de Gates Glidden. Pour trouver les canaux, on peut prendre des points de repère en suivant les angles de la chambre pulpaire; c'est d'ailleurs pour cela qu'on ne doit pas les détruire en nettoyant la carie.

On continue à laver avec de l'eau oxygénée neutre. On peut sans inconvénient, la pousser fortement du côté du foramen : bien des fois on diagnostiquera une fistule ignorée, et même une sinusite maxillaire.

Lorsque les canaux sont bien élargis et propres, on les sèche, et au moyen de l'appareil à air chaud de Francis Jean, ou de tout autre, on chauffe longtemps, jusqu'à faire évaporer les gaz contenus dans les canalicules de la dentine.

J'ai, comme vous voyez, une provision de mèches de coton dans une boîte, elles sont stérilisées au trioxyméthylène : je prends ces mèches avec des précelles fines (18 de White), et je les fais tremper dans une solution d'iodoforme dans de l'éther.

Ces mèches sont poussées facilement dans le canal, au moyen d'équarissoirs, dont j'ai coupé le bout avec des ciseaux ; je place de

l'ouate dans la chambre pulpaire. Si la carie est interstitielle et que la dent ait un peu de périodontite, je couvre la cavité avec une solution d'aristol sur du coton : s'il n'y a pas de périodontite, je ferme la cavité avec la dentine artificielle de Fletcher, que j'emploie à l'état de crème claire ; l'éther en s'évaporant établit des petites cheminées de dégagement à travers le ciment.

D'autres fois, je me sers de gutta très ramollie, de façon à l'appliquer à la cavité sans exercer de pression, et j'y fais quelques trous de dégagement au travers. Ce pansement peut durer parfois très longtemps : surtout lorsque le foramen n'est pas trop large.

La solution d'iodoforme doit se faire quelques jours à l'avance. On doit avoir dans un flacon, une provision de 45 grammes par exemple, et de temps en temps mettre seulement la hauteur de 1/2 centimètre dans un petit flacon d'un gramme à parois droites.

Les mèches trempées dans cette solution sont jaunes, et lorsqu'on les place dans un canal propre, à canalicules dentinaires propres et à foramen apical étroit ou fermé, ces mèches conservent leur coloration jaune ; mais comme l'iodoforme agit au fur et à mesure des besoins, si en retirant les mèches du canal elles sont blanches, cela prouve qu'il y a eu un besoin de dégagement d'iode et cela prouve aussi qu'il faut renouveler le pansement.

Je dirai en passant que l'iodoforme a été considéré dans certains laboratoires, comme non antiseptique, car on peut cultiver des microbes dans la poudre d'iodoforme ; mais l'iodoforme, en dehors de l'humidité et de la chaleur d'un corps vivant, est comparable à une capsule de fusil, qui n'agit pas en dehors dudit fusil. L'iodoforme est une poudre inerte ; il n'agit qu'après sa décomposition en iode naissant qui est l'antiseptique le plus énergique entre tous.

Le seul véhicule à employer pour l'iodoforme, c'est l'éther sulfurique. Les huiles essentielles empêchent sa décomposition et partant le rendent inutile. Toutes ces huiles essentielles, ainsi que l'acide sulfurique, la créosote, le phénol et le formol, ont le grave inconvénient d'irriter le ligament alvéolo-dentaire et de donner lieu, souvent, à des complications. Avec l'iodoforme, il ne se produit jamais d'irritation péridentaire, et dès la première mèche, toute fermentation disparaît et on ne sent plus l'odeur d'hydrogène sulfuré.

Lorsque le canal est déjà propre et désinfecté, on sèche bien.

Je n'emploie jamais la digue de caoutchouc ; j'ai une pompe à salive et un protecteur de langue, qui me permettent de maintenir la dent complètement isolée.

Pour l'obturation définitive du canal, je laisse tomber dans la chambre pulpaire une goutte de solution de gutta rose, dans le chloroforme, à laquelle j'ajoute du thymol.

Je prends avec une presselle fine une pointe de gutta et je l'intro-

duis doucement dans le canal ; au moindre réflexe palpébral je m'arrête ; cela prouve qu'elle fait mal. On attend un instant, puis on peut continuer à pousser la pointe et cette fois sans douleur. On met autant de pointes qu'il est nécessaire jusqu'à obturation complète.

Lorsque le canal est bien rempli, on peut procéder à l'obturation définitive de la cavité de la couronne.

Je vais procéder d'abord à l'obturation des trois canaux de la dent de sagesse supérieure gauche de ce patient qui est un de nos confrères les plus distingués du Chili.

Cette dent avait un abcès aigu au bout des racines; cet abcès s'ouvrit par les canaux.

Ces mèches que je sors des canaux sont les troisièmes que j'y ai mises dans l'espace d'une quinzaine de jours. Elles sortent très propres et encore saturées d'iodoforme. En poussant de l'eau oxygénée par les canaux il n'y a pas de mousse, ce qui est la preuve caractéristique qu'il n'y a pas de pus. Je peux donc, sans inconvénient, procéder à l'obturation définitive des canaux ; c'est ce que je fais, en suivant la technique que je viens de décrire.

Il faut remarquer la direction initiale que prennent les pointes de gutta dans les canaux, car c'est justement la direction qu'il faut donner aux forets pour élargir ces canaux.

La pointe placée dans le canal palatin se dirige de haut en bas et de dedans en dehors ; la pointe de la racine mésio-buccale, se dirige de haut en bas et d'avant en arrière et un peu en dedans. La disto-buccale se dirige de haut en bas, d'arrière en avant et un peu en dedans.

Je finis à la gutta l'obturation de la chambre pulpaire.

Cette autre patiente, vous est déjà connue depuis 1894, époque à laquelle je lui fis la première implantation dentaire.

Je vais obturer les trois canaux de la première molaire supérieure gauche, en suivant la même technique. Cela fait, j'aurai fini cette démonstration clinique, croyant sincèrement que nous sommes arrivés à l'obturation idéale des canaux radiculaires.

Ceux de mes confrères qui emploient la même méthode que moi ne doivent pas chercher à la changer; ceux qui ne l'emploient pas, doivent au moins l'essayer. Je suis persuadé qu'après cette expérience ils l'adopteront définitivement.

REVUE ANALYTIQUE

La bruxomanie. — Quelques considérations sur la dévitalisation de la pulpe. — Tic des muscles masticateurs apparu à l'occasion d'une périostite alvéolo-dentaire. — Préparation de la racine et construction des parties métalliques des couronnes en porcelaine à pivot.

La bruxomanie.

MM. Marie et Pietkiewicz désignent sous ce nom la manie du grincement des dents qui se rencontre chez certains malades présentant des altérations ou des lésions du système nerveux central. C'est un syndrome en rapport avec une participation des sphères corticales ou sous-corticales, conjointement, parfois, avec des lésions bulbaires.

Il ne faut pas confondre le grincement des dents avec le trismus, qui n'est que le resserrement des mâchoires par contraction spasmodique des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure. Dans le grincement des dents l'élévation de la mâchoire est l'acte principal, auquel s'ajoutent des mouvements antéro-postérieurs et latéraux. Un des caractères de la bruxomanie est la possibilité de cesser par la volonté du malade ou d'une personne étrangère.

On rencontre la bruxomanie dans les maladies chroniques à lésions du pied de la circonvolution frontale ascendante, des fibres blanches qui en émanent, ou du centre masticateur (paralysie générale, hémiplégie spasmodique de l'enfance, épilepsie, chorée, maladie de Little, etc.).

La bruxomanie apparaît en général brusquement ; elle peut durer des années et cesser subitement ; il est préférable d'isoler les malades qui en sont atteints, car elle constitue une habitude volontiers imitée par les prédisposés, si bien que l'on a pu constater, dans les hospices, de véritables épidémies de bruxomanie.

Quand l'affection se prolonge on trouve naturellement des lésions dentaires caractéristiques : les dents sont usées comme à la meule, et souvent jusqu'à la gencive.

(Marie et Pietkiewicz fils, *Revue de stomat.*, mars 1907, p. 107.)

H. D.

Quelques considérations sur la dévitalisation de la pulpe.

Partant de l'idée que, dans toute lésion dentaire ou péri-dentaire, la douleur spontanée est due à un excès de pression au niveau des terminaisons nerveuses sensitives, M. Granjon emploie au début de chaque dévitalisation les moyens capables d'abaisser la pression sanguine : prise de 25 centigrammes de pyramidon, révulsif sur la gencive, adjonction à la substance analgésique ou caustique d'une parcelle de chlorhydrate d'adrénaline. C'est ce dernier moyen qui nous paraît devoir être le plus efficace ; quant à la prise de pyramidon, elle sera, croyons-nous, jugée au moins inutile par tous ceux qui pratiquent couramment et très simplement des dévitalisations indolores.

L'auteur rappelle tous les avantages de la cocaïne-adrénaline sur l'acide arsénieux pour l'extirpation de la pulpe ; cependant il note les bons résultats qu'il retire de l'emploi du cobalt associé à l'acide phénique, à l'orthoforme et à l'adrénaline.

En résumé, l'idée générale qui se dégage de l'étude de notre confrère, c'est que pour pratiquer d'une façon indolore la dévitalisation d'une dent, il faut préalablement provoquer l'ischémie de la pulpe.

(L. Granjon, *Revue de stomatologie,* mars 1907, p. 117.)

H. D.

Tic des muscles masticateurs apparu à l'occasion d'une périostite alvéolo-dentaire chez un ancien tiqueur.

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans jadis atteint, à l'âge de 8 ans, d'un tic n'ayant duré que quelques mois, et qui, à l'occasion d'une périostite de la première prémolaire supérieure droite, se mit à contracter son masséter droit avec une telle violence que l'articulation temporo-maxillaire en devint douloureuse. En même temps l'oreille droite devenait le siège de mouvements de propulsion, et peu après le masséter gauche était envahi par les contractions.

Ce tic soumis à l'influence de la volonté a d'ailleurs rétrocédé facilement.

Les auteurs font suivre cette observation de considérations sur les différences par lesquelles se distinguent le spasme et le tic.

(V. Galippe et F. Lévy, *Revue de stomatologie,* mars 1907, p. 123.)

H. D.

Préparation de la racine et construction des parties métalliques des couronnes en porcelaine à pivot.

L'auteur rappelle que les mauvais résultats que l'on retire quelquefois de l'emploi des couronnes à pivot tiennent, le plus souvent, à une préparation défectueuse de la racine ou à une construction malheureuse des parties métalliques.

Il indique, d'une façon générale, que l'on doit avoir soin que la couche de porcelaine soit assez épaisse pour résister à la pression de la mastication.

Dans la préparation pour des couronnes à pivot ordinaires sans bague, on donne à la surface de la racine la forme d'un toit, si cela est possible. Si l'on désire appliquer une bague autour de la racine, il faut se rappeler qu'on ne peut laisser intacte la partie linguale de celle-ci, comme lorsqu'il s'agit de couronnes à pivot en or ; il faut, au contraire, le plus souvent limer jusqu'au niveau de la gencive.

L'auteur s'occupe ensuite de la construction des parties métalliques ; pivot, plaquette, soudure, le retiennent également ; c'est une étude des conditions de succès de la dent à pivot ; tous les détails sont tellement essentiels qu'elle échappe à une analyse réelle.

(E. Budtz-Jörgensen, *Laboratoire,* 24 février 1907.)

H. D.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 22 janvier 1907.

(Suite et fin[1].)

M. Mahé. — Il sera facile tout à l'heure à M. Godon de me répondre que les idées que je vais exposer ne rentrent aucunement dans le cadre des réalisations immédiates, auxquelles il lui a plu de limiter volontairement son exposé.

Au point de vue spécial mais, à mon sens, étroit et d'intérêt très limité, auquel il s'est placé, M. Godon a raison. Il ne s'ensuit pas cependant qu'il ne soit pas bon d'envisager aussi des idées et des intérêts plus généraux, d'élargir notre horizon, et de chercher à concevoir un plan, idéal et théorique, si l'on veut, mais un plan qui aura au moins le mérite d'être une base précise pour l'action future. C'est avec un tel programme qu'il sera ensuite possible et utile d'entreprendre et de tenter des réalisations effectives, lesquelles auront alors l'avantage, si partielles et si limitées qu'elles soient, de concourir à l'édification de l'ensemble préalablement déterminé.

Or, à mon sens, l'art dentaire a deux caractéristiques essentielles et également indiscutables :

L'une qu'il est incontestablement une partie de l'art de guérir, l'autre qu'il ne participe de cet art que par le moyen d'une technique extrêmement différenciée et nettement spécialisée qu'on ne peut posséder qu'à la condition d'en avoir fait une étude spéciale.

On ne peut considérer comme rationnel un programme d'études dentaires qu'autant qu'il répondra également à ces deux termes fondamentaux.

A ces notions primordiales qui sont vraies de tout temps et en tout lieu, il convient d'ajouter les considérations plus contingentes, mais dont nous ne pouvons nous désintéresser complètement, qui résultent des conditions de temps et de pays dans lesquelles nous vivons.

De ces considérations secondaires dont l'énumération pourrait être longue, je retiendrai deux seulement qui me paraissent les plus importantes et sur lesquelles je vais m'expliquer brièvement : l'insuffisance de notre enseignement actuel et la pléthore professionnelle.

L'insuffisance de notre enseignement me paraît affecter également les deux éléments fondamentaux que je rappelais, il y a un instant : l'élément médical et l'élément technique.

L'insuffisance en matière médicale me paraît bien établie par le fait qu'il a pu se créer en dehors de notre scolarité une véritable indus-

1. V. *L'Odontologie* du 15 mars 1907, p. 220.

trie, qu'on m'a dit prospère, et qui a pour but de préparer aux examens d'Etat nos élèves arrivés à la fin de leurs études. Et ce besoin sans doute est réel puisque l'Ecole elle-même s'est préoccupée de répondre au même objet en instituant en dehors et à côté de sa scolarité régulière des « cours de revision ou de préparation ». De ces deux faits me paraît bien résulter la démonstration implicite que notre enseignement scientifique et médical, malgré les efforts qu'on lui a consacrés et la lourde charge qu'il représente, est insuffisant à donner à nos étudiants la pleine et réelle possession du programme, cependant restreint, qui leur est imposé.

Et quant à la technique, outre les doléances générales qu'elle provoque, il est impossible de n'être pas frappé de cet autre fait que les meilleurs de nos élèves, et presque tous les fils de nos professeurs, aussitôt qu'ils ont achevé leurs études et acquis leur diplôme, s'empressent de gagner les Ecoles américaines, dans le but hautement reconnu d'ailleurs, d'y aller chercher ce qu'ils n'ont pas trouvé ici : le plus haut degré possible d'instruction technique.

De la pléthore professionnelle, je ne dirai qu'un mot. C'est un danger sur l'importance duquel on n'est pas pleinement d'accord. Mais il semble néanmoins que ceux qui le proclament léger sont d'accord avec ceux qui le dénoncent très haut au moins sur ce point qu'il existe, et je pense que c'est un de ces maux, qu'il convient de traiter dès le début et avant qu'ils n'aient atteint leur plein développement.

Telles sont les considérations dont on doit tenir compte, en raison directe de leur importance respective, lorsqu'on aborde la question de la réforme des études dentaires.

Le programme qui me paraît le mieux répondre à cet ensemble et qui, rigoureusement établi sur ces bases fondamentales que je mets au-dessus de toute discussion, tient largement compte des circonstances accessoires, je le schématise dans cette formule, à dessein trop absolue et trop rigoureuse, mais en tout cas parfaitement expressive : *le temps est venu de ramener l'art dentaire à la médecine.*

Une pareille formule amène immédiatement et fatalement dans vos esprits, mes chers confrères, cette idée que vous avez devant vous un représentant de l'*idée stomatologique*, venu pour défendre une doctrine contre laquelle vous luttez depuis vingt-cinq ans avec une irréductible persévérance.

Il est donc indispensable — et c'est pourquoi j'ai tenu à commencer par là ma discussion — que je m'explique d'abord sur ce point, afin de ne pas laisser naître et s'insinuer dans vos esprits des préventions *à priori* contre les idées que je vais émettre et pour lesquelles je ne désespère pas de vous inspirer en fin de compte plus de sympathie peut-être que vous ne le supposez actuellement.

Qu'on puisse être partisan déterminé du retour de l'art dentaire à la médecine, sans admettre cependant cette formule véritablement ultra-simpliste, que l'actuel doctorat en médecine est à lui seul la condition *nécessaire et suffisante* à l'exercice rationnel de l'art dentaire, c'est ce dont je vais essayer de vous convaincre.

Vous n'ignorez pas qu'un congrès — le premier congrès français — de stomatologie, tiendra à Paris ses assises au mois d'août. Or j'ai eu l'honneur, auquel je ne vous cache pas que j'ai été très sensible, d'être invité à participer à son organisation.

J'ai su depuis qu'un de mes plus éminents collègues, président l'an dernier d'un congrès qui était bien l'affirmation la plus solennelle de la formule que vous considérez contre votre programme et votre credo : « L'Odontologie, science autonome » — ne s'est senti nullement gêné pour participer cette année à l'organisation d'un congrès qui est la négation catégorique de la même formule.

J'avoue modestement que je ne me suis pas reconnu capable de solutionner ainsi simplement la difficulté, que j'ai été fort perplexe et que j'ai senti l'impérieux besoin de préciser mes idées sur ce point dans une lettre que j'adressai en réponse à la proposition que j'avais reçue.

Cet exposé de doctrine trouvera d'autant mieux sa place ici que n'ayant pas été rédigé pour les besoins de la discussion présente, sa sincérité n'en paraîtra que plus complète.

La question étant donc de savoir moi-même si j'étais stomatologiste, j'ai commencé par essayer de me définir la stomatologie.

« Je suis arrivé à cette idée qu'elle me paraît quelque chose de considérable. J'en fais l'étude non seulement de la bouche, mais des régions circonvoisines qui peuvent être le point de départ, ou d'arrivée de lésions communes ou mitoyennes.

» Pour dire vrai, c'est à peu près la plus grosse partie du chapitre « tête et cou ».

» J'y ajoute toutes les affections générales qui peuvent avoir sur la bouche un retentissement sensible — celles qui peuvent reconnaître une origine buccale — et celles enfin dont la physionomie ordinaire peut se trouver occasionnellement modifiée par des causes buccales.

» La synergie qui réunit toutes les pièces d'un même appareil, l'analogie du pancréas et des glandes salivaires, la parenté vraisemblable du tissu lymphoïde pharyngo-amygdalien et de celui de l'appendice, me paraissent rattacher à la stomatologie une connaissance plus que superficielle des maladies du tube digestif en général et de l'intestin en particulier.

» L'innervation si riche et si complexe de la région bucco-pharyngienne et de la face, me fait rattacher encore au même sujet une notable partie et non la moindre, de la neuro-pathologie.

» L'abondance de la flore bactérienne buccale m'y fait ajouter la bactériologie, de même que la variété et l'importance des phénomènes organiques qui s'y développent me fait considérer, comme s'y rapportant étroitement un grand nombre de questions biologiques.

» Enfin, il me paraît hors de conteste que rien de ceci n'étant propre à l'homme, pour être complète la stomatologie doit faire une large part à la physiologie et à la pathologie comparées.

» De ce vaste programme, dont j'oublie sans doute bien des choses, deux conclusions immédiates me paraissent se dégager.

» L'une que cette science est quelque chose d'assez notablement différent de l'*art dentaire* et que si la dent tient là-dedans une place assurément importante, ce n'est qu'en raison des rapports qu'elle contracte avec tout le reste et que l'autonomie qu'on lui accorde quelquefois, disparaît ici complètement et se fond dans l'ensemble.

» L'autre, qu'ainsi envisagée, la stomatologie, a bien plus les caractères d'un ensemble de connaissances assez éloignées les unes des autres et réunies par la volonté délibérée d'embrasser l'universalité des questions « buccales », que d'une spécialité médicale définie et pratiquement « exerçable ».

» Je n'ose pas aller jusqu'à dire que cette stomatologie encyclopédique n'existe pas encore en fait, mais je crois vraiment qu'on commence seulement à la soupçonner — et cette intention encore imprécise suffit d'ailleurs à faire comprendre le puissant intérêt qui s'y attacherait. »

Telle est la conception que je me fais de la stomatologie, telle qu'elle devrait être au sens exact du mot. On n'en saurait, je crois, contester ni l'ampleur, ni l'intérêt. De même il n'est pas possible de comprendre qu'étant en somme quelque chose d'autre que l'art dentaire, une question de préséance, ou même de rivalité, puisse avoir quelque raison d'exister entre les deux. Et je pense que, dans le sens que je viens de définir, on peut être stomatologiste sans que cela implique un jugement quelconque, pour ou contre l'existence de cette chose différente qu'est l'art dentaire.

Le malheur est que dans la réalité — je cite à nouveau ma réponse au Comité d'organisation — « qui dit *stomatologiste*, dit beaucoup moins représentant du programme que je viens d'exposer, que partisan du doctorat en médecine *nécessaire* et *suffisant* pour l'exercice de l'art dentaire.

» Or, *je n'admets aucun de ces deux termes.*

» Je suis convaincu que l'art dentaire est une partie de l'art de guérir et qu'à ce titre, il y a tout intérêt à le rattacher — *je ne dis pas à l'absorber* — dans l'ensemble de cet art.

» Je suis convaincu que le dentiste complet est celui qui a fait les études médicales.

» Mais je considère également comme un *fait historique* que l'art dentaire a une existence très antérieure au moment où la médecine s'est décidée à le reconnaître pour sien.

» Je considère comme un *fait matériel* qu'à côté — ni au-dessus, ni au-dessous : *à côté* — des connaissances médicales qu'il exige impérieusement et absolument, il comporte, et au même degré, un substratum essentiel de connaissances techniques qui lui donnent sa physionomie spéciale — qui ne peuvent en être supprimées sans qu'il soit supprimé lui-même — et dont aujourd'hui encore l'acquisition ne peut se faire par les seules études que comporte l'actuel doctorat en médecine.

» D'autre part, j'ose penser et dire que pour faire d'excellente besogne dentaire et remplir utilement un rôle social dans cet ordre d'idées, pour enlever, obturer et remplacer parfaitement les dents, il n'est pas plus *indispensable* de posséder l'universalité de connaissances stomatologiques vraies, qu'il n'est indispensable pour faire d'excellente besogne médicale, d'être parvenu à la possession intégrale des sciences anatomique, histologique, bactériologique, biologique, etc.

» Mon opinion catégorique est donc d'une part, qu'il est utile, nécessaire même, et dans tous les cas éminemment désirable, qu'un grand nombre, le plus grand nombre possible, de dentistes *ajoutent à leurs connaissances techniques* une éducation médicale complète — mais que, à strictement parler, celle-ci n'est pas rigoureusement indispensable et que par-dessus tout — et c'est ici que gît la difficulté — ELLE NE SAURAIT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME SUFFISANTE. »

Je pense que cette citation suffira à établir clairement combien ma formule est différente de celle que vous connaissez sous le nom de formule « stomatologique » et que, lorsque je parle de ramener l'art dentaire à la médecine, ce n'est aucunement avec l'intention de le confondre avec elle et de l'y absorber.

On peut concevoir ce retour sans rien sacrifier de notre technique et dussé-je vous paraître cultiver un paradoxe hardi, je n'hésite pas à déclarer qu'un des plus grands avantages que je reconnais au programme dont je vais exposer les grandes lignes est précisément qu'il remédie entièrement à l'insuffisance de l'enseignement technique que nous déploierions en commençant, et qu'il permet de lui donner un développement intensif qu'il est impossible de lui imprimer avec le régime actuel.

L'odontologie doit revenir à la médecine pour plusieurs raisons dont la plus catégorique est que « l'odontologie n'est pas une science autonome ! »

L'odontologiste peut être un savant, et il l'est souvent ; mais l'odontologie, agrégat complexe de notions venues de tous les points,

et des plus divers, des connaissances humaines, n'a aucun caractère d'une science définie.

Sans doute il existe entre toutes ces notions un lien commun : la volonté déterminée de les faire converger vers un but unique et précis, qui est la cure des dents. Mais qui ne voit immédiatement que ce lien arbitraire fait lui-même, de l'ensemble qu'il contribue à former, une incontestable partie de l'*art de guérir* ?

Celui qui soigne les dents est, de toute la vérité du mot, *un médecin*, qu'il recherche ce titre ou qu'il le repousse, et quel que soit le nom différent que les circonstances de temps, de lieu ou de mœurs peuvent lui faire légalement, mais artificiellement, porter ; et il n'est pas plus conforme à l'intérêt réel de ses malades qu'il renonce à cette fonction médicale, qu'il ne le serait qu'il abandonnât la somme lentement accumulée de ses connaissances techniques.

C'est bien en ce dernier point que réside le nœud du problème. Il n'est peut-être pas à l'heure actuelle un seul dentiste français qui, de la meilleure foi du monde, ne soit convaincu que le jour où l'art dentaire rentrerait dans l'art médical, ça n'en soit fait, absolument et irrémédiablement, de la technique qui donne à sa profession sa physionomie et sa raison d'être !

Or c'est un fait digne de remarque que la plupart — on pourrait peut-être dire la totalité — de ce qu'on appelle les spécialités médicales, se sont constituées en dehors de la médecine officielle et le plus souvent contre elle.

Mais c'est un autre fait de même ordre et de même valeur qu'elles n'ont pris leur plein épanouissement et leur complet développement que du jour où elles se sont trouvées réincorporées, où elles ont fait retour au grand tout qui constitue la médecine vraie, c'est-à-dire l'art de guérir.

Cela est vrai de la laryngologie, de l'ophtalmologie, de l'obstétrique, mais de cela l'exemple le plus probant et le plus considérable est bien encore la chirurgie.

Je ne vous rappellerai pas en détail ce qui est connu de tous : l'humble origine des chirurgiens, le dédain et même le mépris où ils furent tenus longtemps par les docteurs-régents de la vieille Faculté et les longues luttes qu'ils soutinrent contre eux. Vous savez l'éclat et la gloire de l'Académie royale de chirurgie érigée, rivale victorieuse, en face de la Faculté de médecine — et il ne saurait y avoir à vos aspirations de séparatisme et d'autonomie de plus notable précédent.

Et cependant, qui oserait dire que la chirurgie française a périclité le jour où, le doctorat en chirurgie ayant été supprimé, les chirurgiens ont dû être d'abord des médecins, faire des études médicales et prendre des grades médicaux. Vous savez bien au contraire

que c'est de ce jour que date la période la plus brillante de la chirurgie.

C'est qu'en revenant à la médecine, la chirurgie n'a pas cessé pour cela d'être la chirurgie, ni *d'être enseignée par des chirurgiens.* Et parce qu'ils ont acquis des connaissances plus générales dans l'art de guérir, il n'apparaît pas que ces chirurgiens aient arrêté en rien leurs incessants progrès dans la technique qui est leur façon personnelle et spéciale d'exercer l'art de guérir.

Il en sera de même de l'art dentaire, et on ne saurait vraiment imaginer une seule raison qu'il en puisse être autrement. Le jour inéluctable où l'évolution naturelle aura ramené aussi cette partie de l'art de guérir au grand tout médical, l'art dentaire ne cessera pas d'être l'art dentaire, et pour posséder des connaissances plus générales dans l'art de guérir, les dentistes ne cesseront pas d'être dentistes — et l'art dentaire continuera à être enseigné par des dentistes, et non pas — comme on l'a dit par une boutade qu'on transforme un peu trop facilement en argument sérieux — par le professeur de pathologie interne, ou de pharmacologie !

Voici donc un point bien éclairci, je pense : en reconnaissant qu'il est fatal et naturel que l'art dentaire revienne à la médecine, en proclamant très haut que notre devoir et notre intérêt tout à la fois sont de préparer les voies à cette évolution pour la faire, au lieu de la subir — je n'entends aucunement absorber et faire disparaître *la chose* qu'est l'art dentaire, dans le *mot* qu'est le doctorat en médecine. Et l'exemple caractéristique que je viens de citer suffit à préciser que cette distinction n'est pas une subtilité de l'esprit, mais l'expression d'une possibilité réalisable, puisqu'elle s'est déjà réalisée plusieurs fois.

Serrons maintenant le problème d'un peu plus près et examinons les grandes lignes du programme que je considère capable de faire des dentistes à la fois plus habiles en technique dentaire et plus imprégnés d'esprit médical qu'ils ne le sont actuellement.

Au seuil de ce programme, j'inscris une proposition fondamentale : *à l'Etat reviendra la direction supérieure des études et la délivrance des inscriptions.*

Ceci demande encore à être expliqué.

Qu'on veuille bien remarquer d'abord — cela évitera des réponses à côté — que je ne demande pas une *Ecole dentaire d'Etat* qui serait à peu près, et en plus mal sans doute, ce qu'est la nôtre, avec un seul changement de personnel dirigeant.

Je demande à l'État une *direction supérieure seulement*, comme seule capable d'assurer l'harmonie nécessaire à *la division des études* dans les centres appropriés — et par cela même multiples — aux con-

naissances très diverses et très distinctes que doit posséder le dentiste.

Sans être nullement Etatiste, sans croire en rien au Dieu-Etat, sans être le moins du monde convaincu de l'omniscience de l'Etat, je suis cependant bien obligé de reconnaître à son intervention dans nos affaires un certain nombre d'avantages.

Le premier est que nous y gagnerons en considération.

Aussi longtemps — et il y a quelque raison de croire que cela durera longtemps en effet — qu'il existera des professions à l'entrée desquelles la collectivité jugera nécessaire d'exiger des garanties, l'Etat aura logiquement le devoir d'assurer, à côté des diplômes dont il rend la possession obligatoire, le moyen de les acquérir. Or si de toutes les professions de ce genre, il en est une, et une seule, de l'enseignement de laquelle l'Etat se désintéresse, et dont il laisse le soin à qui veut bien l'assumer, il est évident que par ce fait même, cette profession se trouve en état d'infériorité morale à l'égard des autres. Et tel est précisément le cas actuel de l'art dentaire.

Un autre avantage que je vois à la haute direction de l'Etat, c'est qu'elle a le plus de chances d'assurer à nos études la meilleure orientation possible.

.Nous sommes loin de nous entendre en effet entre nous sur la meilleure façon de concevoir cette orientation et si l'on peut reconnaître aux protagonistes de chaque formule une égale compétence, une conviction également sincère, et une indiscutable bonne foi, il n'en demeure pas moins qu'ils diffèrent radicalement dans leurs programmes.

C'est qu'en effet, quelle que soit la générosité de nos aspirations, elles ne sont jamais complètement désintéressées. Les uns ont à sauvegarder de très légitimes intérêts matériels, et les autres ont pour les idées qu'ils ont nourries et défendues un attachement si profond que leur champ de vision s'en trouve nécessairement rétréci.

Planant au-dessus de ces intérêts relatifs dans la sphère plus calme des idées générales, l'Etat possède théoriquement au moins, la possibilité de se prononcer pour le meilleur système avec le maximum d'indépendance et de désintéressement. Si son action ne vient à être faussée par aucune manœuvre illégitime, elle doit s'exercer en vue de l'intérêt *du plus grand nombre*, et dans la matière qui nous occupe, on peut accepter ce critérium comme excellent.

Il est enfin à l'intervention de l'Etat un autre avantage, de moindre importance assurément, mais qui ne laissera pas tous nos confrères indifférents. Alors que les établissements libres, vivant de l'élève, comme le prêtre vit de l'autel, ont un intérêt direct, et d'ailleurs parfaitement légitime, à s'attirer le plus grand nombre d'élèves possible, l'Etat, lui, n'a pas cet intérêt. Sans doute il ne faut

pas nous illusionner sur ce point, jusqu'à croire que l'Etat prenne la moindre précaution pour limiter les vocations, mais nous sommes à peu près assurés qu'il ne fera rien non plus pour les provoquer, et c'est bien déjà quelque chose.

L'Etat donc aura la direction supérieure de l'enseignement.

Le deuxième point de mon programme m'est commun avec beaucoup de ceux que préoccupent la réforme de notre enseignement. Il a trait au degré *d'instruction générale* de l'étudiant dentiste.

Sur ce point-là encore j'ai une opinion bien arrêtée. Sans doute on ne peut contester qu'au sens absolu des mots, M. Roy n'ait eu raison de dire tout à l'heure que le degré d'instruction n'était pas un garant infaillible de la qualité de l'éducation, mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a entre ces deux termes un rapport général assez constant pour que l'un puisse être pratiquement considéré comme un assez bon indice de la valeur de l'autre. Or il est incontestable qu'exerçant un art délicat et difficile, le dentiste ne doive être un homme instruit, et que mis par cet art en rapports avec ses semblables dans des conditions qui exigent de ceux-ci confiance et considération, il ne doive être en même temps un homme d'excellente éducation.

De plus, médecin en fait, comme je l'ai dit, et destiné en principe, comme je l'ai montré et comme je m'efforce de le réaliser, à rentrer complètement dans la famille médicale, le dentiste doit posséder une instruction générale de même nature et de même degré que les autres médecins. Vous allez voir tout à l'heure que cette considération tient dans mon programme une place essentielle.

Est-il possible d'aller plus loin et de définir plus précisément ce degré d'instruction ? Pour l'avoir essayé, nos étudiants viennent de couronner d'un échec une tentative digne cependant du succès.

Nous savons qu'à l'heure actuelle toutes les questions d'enseignement se trouvent remises en question et vont être probablement refondues en de nouveaux moules. Il ne nous est possible ni de préjuger des décisions qui seront prises, ni d'espérer qu'on créera pour nous une catégorie spéciale, et d'ailleurs non désirable.

Mais le vœu d'ordre général que nous pouvons formuler en toute sûreté de doctrine c'est que *l'étudiant dentiste possède le même degré d'instruction générale, constatée par les mêmes diplômes ou certificats, que l'étudiant de n'importe quelle autre profession libérale*, et en particulier, que l'étudiant en médecine.

A ce jeune homme ainsi préparé pour l'étude, quel chemin allons-nous faire suivre, lorsque l'Etat lui aura délivré sa première inscription ?

Ici la question se précise.

Notre étudiant recevra *simultanément et concurremment* l'instruction :

a) *Médicale et scientifique*, dans les Etablissements compétents en cette matière : Facultés de médecine, des sciences, hôpitaux, laboratoires, etc.

b) *Technique et professionnelle* dans les établissements spécialement adaptés à cette matière, c'est-à-dire en fait dans des *Ecoles dentaires.*

Et par cette réforme radicale, nous délivrons ces Ecoles de toute la surchage artificielle et lourde qu'elles ont dû superposer à leur rôle réel, le jour où elles ont obtenu que le Parlement interprétât à leur profit exclusif la loi de 1892 !

Et ce résultat vaut qu'on s'y arrête. Certes l'effort fut généreux de vouloir centraliser à outrance, et en quelque sorte monopoliser l'enseignement de *toutes* les connaissances qu'on peut à des titres divers exiger du dentiste. J'ai déjà rendu et je rends encore hommage au talent, au zèle, à la persévérance, au labeur qui furent dépensés au service de cette conception, mais le résultat réel n'en est pas moins celui que je signalais en commençant : l'insuffisance en matière pratique comme en matière scientifique.

Consentons au contraire à voir la réalité des choses, ne prétendons pas par orgueil ou ambition personnelle, à concentrer à outrance ce que la marche du progrès tend au contraire à diviser, laissons à chacun le soin d'enseigner ce qu'il connaît bien — et en vertu de ce même programme, réclamons pour nous l'enseignement technique. Et voici nos Ecoles redevenues les instituts techniques qu'elles étaient avant la loi de 1892. Nos élèves apprendront là où il conviendra — et les moyens ne leur manqueront pas — l'anatomie, la pathologie générale, la bactériologie, etc.

Chez nous ils feront des sciences appliquées seulement *et de la technique.* Et si pendant quatre ans — car je crois que ce chiffre de quatre ans est généralement accepté — nous pouvons leur inculquer un enseignement à la fois méthodique, progressif et intensif, sur toutes les branches de notre technique, prothèse comprise, sans qu'aucun élément étranger vienne rompre le solide faisceau de l'unité du programme, je crois ne pouvoir être taxé d'exagérations par personne en répétant que ce système assurerait une instruction technique autrement sérieuse que celle que nous réalisons à l'heure actuelle, et à laquelle aucune autre au monde ne pourrait être supérieure.

Je passe maintenant à la dernière partie du programme, à celle que je réclame comme mienne et qui donne à l'ensemble la caractéristique que je lui imposais en commençant : le retour de l'art dentaire à la médecine.

Notre étudiant s'instruit donc de médecine à la Faculté de médecine et dans les hôpitaux. Au programme qu'on arrêtera pour lui, je demande deux choses :

La première est qu'il soit tel que l'étudiant qui en possédera les matières, ait acquis par cela même les connaissances médicales restreintes qui sont nécessaires et suffisantes à l'exercice rationnel et légitime de l'art dentaire. Et cet art il l'exercera, comme il l'exerce aujourd'hui, en vertu d'un diplôme spécial.

Mais je demande en outre à ce programme médical cette chose nouvelle que les matières en soient réparties de telle sorte que le dentiste en possession de son diplôme spécial et apte à l'exercice de l'art dentaire, puisse, s'il le veut et quand il le veut, *poursuivre ses études dans l'art de guérir et parvenir par le seul fait d'études, d'inscriptions et d'examens supplémentaires, au doctorat en médecine.*

Ce serait aller trop loin que d'aborder ici les détails de ce programme. Mais ce que je tiens à dire immédiatement c'est qu'il n'est aucunement du domaine des abstractions et des utopies : il est parfaitement et même facilement réalisable.

M. Godon a tout à l'heure prononcé le nom et signalé le rapport de M. Cavalié. Or c'est moi qui le premier, je crois, et dès mars 1906, ai appelé par deux articles de la *Presse médicale* l'attention professionnelle sur le projet formé par M. Cavalié de réaliser en France l'enseignement dentaire d'Etat. Je n'ai nullement mission de parler ici en son nom, mais je puis dire que nous avons correspondu à ce propos, que j'ai amené M. Cavalié à partager ma manière de voir sur la possibilité de compléter en vue du doctorat, les études commencées pour le diplôme spécial, et que nous avons étudié ensemble un projet dans lequel la disposition des cours et la répartition des matières, répondent parfaitement au but proposé. C'est un point sur lequel je pourrai revenir si le sujet vous intéresse : je vous prie seulement de noter ici l'*absolue nécessité* qui existe dans ce programme, pour l'étudiant dentiste de posséder une instruction préalable de même degré et de même nature que celle de l'étudiant en médecine, s'il veut, par un chemin différent, aboutir au même diplôme.

Cette manière de concevoir l'éducation du dentiste est bien conforme aux principes établis en commençant.

Tout d'abord elle ramène bien l'art dentaire à la médecine, en laissant aux Facultés de médecine le soin d'instruire le dentiste de la somme de connaissances médicales qui lui est rigoureusement indispensable, mais elle l'y ramène surtout par la gradation des études qui fait du dentiste, médecin partiel et spécial, un médecin complet le jour où il lui plaît de le devenir.

D'un autre côté en décongestionnant les Ecoles spéciales de ce programme médical et en leur permettant de faire converger tous leurs efforts sur le perfectionnement technique, cette conception assure à cette partie essentielle de l'art dentaire, non seulement l'existence,

mais la possibilité illimitée d'un progrès constant — en même temps que, par la conservation du diplôme spécial, elle permet à qui le veut, de se consacrer uniquement à cette branche déterminée de l'art de guérir et de borner ses efforts, s'il lui plaît, à l'acquisition de ce diplôme, — mais sans cependant l'enfermer inexorablement, comme il l'est aujourd'hui, entre des murailles qu'il ne peut franchir qu'au prix d'un recommencement total de son existence.

Il sera dentiste, rien que dentiste, et excellent dentiste, parfait technicien, s'il le veut, et tant qu'il le voudra ; mais s'il sent s'éveiller en lui le désir et le besoin de connaissances plus générales ou même le désir aussi légitime après tout, d'acquérir un titre qui signifie qu'il a étudié quelque chose de plus que ce qu'il était strictement indispensable qu'il étudiât, la voie lui sera largement ouverte pour la libre réalisation de ses desseins.

Cette conception se réclame encore d'aspirations plus générales. Il existe aujourd'hui, planant plus qu'il ne semble sur les plus âpres discussions, un désir encore inconscient, mais général, de paix et d'union entre les membres divisés de l'odonto-stomatologie. Si ces frères ennemis s'acharnent à crier toujours très haut qu'ils ne cessent pas d'être ennemis, ils commencent aussi à sentir qu'ils sont frères et que leur réconciliation sera profitable à tous : à leurs patients, à leur art, à eux-mêmes. Pour réaliser cette reconciliation dans l'unité, de ces deux organismes également nécessaires au progrès, et dont aucun ne doit supprimer l'autre — le dentiste technicien et le dentiste médecin — je ne pense pas qu'il puisse exister de meilleur et de plus efficace programme que celui que je viens d'essayer d'esquisser.

M. Godon. — Voulez-vous me permettre d'interrompre un moment la discussion ?

Je dois, messieurs, vous rappeler que M. Francis Jean a été nommé président de la Section d'Odontologie du Congrès qui doit se tenir cette année à Reims. C'est notre distingué confrère qui dirigera les travaux de la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. *(Applaudissements.)*

Je ne veux pas arrêter vos applaudissements, car je tiens au contraire à vous confirmer que nul mieux que lui n'était qualifié pour présider, comme dentiste, comme professeur de cette école, comme technicien distingué, cette réunion qui aura lieu en face du Congrès de stomatologie qui va se tenir à Paris.

Ce que je veux vous dire, c'est que nous allons prochainement, dans *L'Odontologie,* appeler l'attention des chirurgiens-dentistes sur ce Congrès pour qu'il soit véritablement opposé au Congrès de stomatologie de Paris,qui est sorti des limites d'un pur Congrès scientifique, pour devenir une machine de guerre.

La première déclaration de ce Congrès comporte notamment cette phrase que nous ne pouvons laisser passer :

« ... Les stomatologistes qui assurent seuls la dignité de la profession et la sécurité du public. ».

Eh bien ! nous ne laisserons pas passer cela et je suis heureux que nous ayons cette année un Congrès des odontologistes. J'espère que tous ceux qui seront venus dans nos réunions défendre les chirurgiens-dentistes, défendre les intérêts des odontologistes français, se retrouveront à Reims.

M. Francis Jean. — Je vous promets, messieurs, de faire tous mes efforts pour vous représenter le mieux possible.

Du reste, nombre de nos collègues ont promis leur collaboration, leur appui, tout sera donc pour le mieux. Nos amis sont nombreux et sûrement nous aurons tout le succès que je souhaite aux odontologistes.

Le président. — J'espère bien que tous les membres de la Société d'Odontologie feront tous leurs efforts pour seconder notre distingué confrère dans son labeur.

M. Loup. — Le développement qui vient d'être donné à cette grosse question de l'enseignement dentaire me forcera certainement à y revenir. Si je prends la parole ce soir, c'est simplement pour expliquer un fait. J'ai été tout dernièrement présenté comme un ennemi de l'École dentaire de Paris. Pourquoi ? Pour l'excellente raison que je suis, moi surtout, l'homme de l'école d'État.

Un jour que j'exposais mes idées à notre collègue Sauvez, M. Sauvez m'appela rêveur, utopiste. Voici pourquoi. Je lui disais : je rêve d'une Association générale, complète, effective, et non fictive. Je rêve cette Association complète, parce qu'il me semble que, si l'Ecole a une grande force pour se présenter auprès des pouvoirs publics comme établissement d'enseignement scientifique et philanthropique, il n'en est pas moins vrai que lorsqu'à l'appui de cette Ecole vient s'ajouter une Association totale de tous les dentistes de France, cela lui donne un pouvoir, de même qu'à l'Association générale des dentistes l'École donne également une force. Je comprenais tous les dentistes réunis, formant une seule Association autour d'une Ecole, constituant une sorte de rempart, de soutien qui en faisait une place imprenable, et je voyais alors dans mon idée cette École se transformer en une école d'État où se donnerait cet enseignement officiel et je vois tout de même pas mal de mes collègues se rattacher à cette idée. Je voyais ainsi cet enseignement officiel donner un lustre à ceux qui le recevaient de même qu'à ceux qui le donnaient.

Je ne m'attarderai pas à vous développer toute l'idée que j'ai là-dessus, mais je puis vous dire que les dernières grandes lignes que M. Mahé vient de développer si brillamment, j'ai déjà eu l'occasion de les développer, au moins sous deux formes, il y a 4 ans, dans un

article que je faisais paraître dans le *Monde dentaire*. Ainsi je suis l'homme de l'école d'État, avec cette autonomie de l'enseignement dont vous parlait M. Mahé. Je voyais en même temps toute la famille médicale. Voilà ce qui me frappe le plus. Je voyais cet enseignement se terminer avec le doctorat en médecine, c'est-à-dire avec le titre du confrère parfait, tel que nous le concevons.

J'ignorais totalement les questions qu'allait traiter M. Godon. Je n'étais pas du tout préparé, si j'ai pris la parole, c'est pour vous dire combien de fois j'ai montré l'École dentaire de Paris, dans mes cours, devant mes élèves et combien de fois je me suis montré l'ami, le partisan de l'Ecole, bien que cependant j'aie toujours tenu à cette transformation que je viens de vous signaler. Mais je vous prie de me croire toujours, malgré tout, malgré les avis que je pourrais formuler là-dessus, un véritable ami de l'École dentaire de Paris.

M. Touchard s'applaudit de voir naître une discussion aussi importante. Ne voulant pas cependant répéter les mêmes choses, il déclare partager la plupart des idées que vient d'exposer M. Mahé. Mais il trouve le sujet trop vaste pour être épuisé ce soir et il souhaite qu'une assemblée générale se réunisse spécialement pour traiter la question et donne une ampleur nouvelle à la discussion.

M. le président donne la parole à M. Godon pour répondre aux membres de la Société qui ont argumenté sa communication.

M. Godon. — Plusieurs orateurs m'ont facilité la besogne pour répondre. M. Touchard, d'abord, puis M. Mahé et M. Loup.

M. Touchard est venu nous dire : le sujet est très vaste et je demande une assemblée générale extraordinaire pour exposer mes idées au sujet de l'orientation professionnelle. Cette proposition va nous permettre de revenir à ces questions qui nous ont été exposées par MM. Mahé, Loup et Touchard et qui sont un peu en dehors de la communication que je viens de vous faire, mais qui s'y rattachent évidemment tout de même à certains points de vue. Nous pourrons ainsi les étudier dans cette assemblée générale.

Il est évident que ce mot de « réformes » quand on l'emploie éveille dans l'esprit de l'auditoire une transformation complète, générale, de tout ce qui nous entoure, la transformation de nos sociétés, de notre vie sociale, et quand l'imagination est lancée dans cette voie, elle ne s'arrête plus.

M. Mahé vous a montré tout à l'heure ce que devraient être à son point de vue les réformes à réaliser. Et il s'est engagé à cette occasion dans les détails de la construction de la nouvelle cité moderne qu'il rêve, de la cité stomato-odontologiste. Il nous fait voir les effets d'un système qui est emprunté à la loi belge. En Belgique, on commence les études médicales, puis à un moment donné, on bifurque. C'est très bien et c'est une construction professionnelle très défendable.

Puis la loi belge ne lui suffit plus, et le voilà parti en Amérique. Dans ce pays, le dentiste qui fait ses études dans les Universités, — dans la plupart du moins — peut, s'il veut continuer deux années de plus, devenir docteur en médecine. C'est encore très bien et vraiment nous n'aurions qu'à souhaiter qu'il en fût ainsi en France.

J'ai cru un moment que les hommes comme Brouardel, qui désiraient que le dentiste fût docteur en médecine, feraient quelque chose dans ce sens. J'espérais qu'ils auraient accepté que, lorsque l'étudiant dentiste aurait eu 12 inscriptions, par exemple, il eût la faculté de continuer ses études médicales, ces 12 inscriptions dentaires lui en valant 10 par exemple, comme le demandait M. Loup, je crois.

Enfin M. Mahé, empruntant à droite et à gauche, fait des constructions idéales sur des plans que je ne puis examiner, au moins pour ce soir, mais que je discuterai avec plaisir dans d'autres réunions. Il nous montre cela d'une manière très lumineuse, tout y a sa place, le médecin est content parce que le dentiste sera très médecin, le dentiste n'est pas moins satisfait parce qu'il y a une très large part dans sa technique.

J'avais essayé d'écarter tout cela de la discussion au début en vous disant : je ne vous parle pas de tout ce qu'on peut souhaiter, je ne vous parlerai même pas de toutes les réformes dont nous avons besoin, je ne vous parlerai que des réformes qui sont pratiques et sur le point d'être réalisées.

C'est pour cela que je m'étais limité à ces questions sur lesquelles MM. Roy et Mahé ont bien voulu nous donner leur avis. Je me souviens d'avoir lu un travail de M. Mahé dans un journal dentaire sur le stage A voir le temps que j'ai mis, moi qui me suis occupé très sérieusement d'aboutir et qui ai été assez favorisé, surtout ces derniers temps, pour obtenir quelques réformes, je me demande, après avoir passé à cela 15 années de travail et de poursuites assidues, combien de temps il vous faudra pour faire aboutir votre conception.

Vous direz que je me place sur un terrain tout à fait terre à terre, mais je suis opportuniste, au moins dans cette question, et je recherche avant tout les choses qui peuvent être réalisées. Je tiens un peu la queue de la poêle et je suis obligé de réfléchir à la proposition qu'on me soumet afin de savoir si elle pourra être présentée demain à l'Administration compétente, et quel accueil on lui fera.

La dissection à Clamart est quelque chose qui rentre dans le programme médical de M. Mahé. Mais porter à la Faculté de médecine tout l'enseignement médical, ce serait la plus grande faute que les dentistes pourraient commettre aujourd'hui. Dans 50 ans ce sera peut-être différent.

On me dit : Transportez donc aussi à Clamart toute votre bacté-

riologie, votre histologie. J'ai répondu: Pas aujourd'hui. Oui, demain, si le ministère de l'Instruction publique a transporté ici les examens d'instruction technique.

Vous avez des gages, gardez-les jalousement.

Peut-être que si M. Mahé était ministre de l'Instruction publique ou directeur de l'Enseignement supérieur, ce qui n'est pas absolument impossible à concevoir, nous serions heureux alors de céder parce que nous aurions au moins en face de nous un confrère compétent. Peut-être alors que j'abandonnerais volontiers l'enseignement médical pour qu'il nous donne tout l'enseignement technique.

M. Mahé, M. Loup, M. Touchard, se placent sur un terrain purement théorique. Ils nous indiquent ce qui est défectueux en ne considérant que la question théorique. Moi, je me place au point de vue pratique.

Le Ministère de l'Instruction publique est actuellement sur le point de vous accorder le stage préliminaire de prothèse à l'École dentaire ou chez le dentiste. Ce que vous pouvez faire, c'est provoquer un mouvement d'opinion pour qu'il n'ait pas lieu chez le dentiste, mais seulement à l'École dentaire. Voilà par exemple un point sur lequel vous pouvez délibérer utilement, parce que c'est immédiatement réalisable, demain ou après-demain.

Un autre point. Je dois vous dire que je ne suis pas du tout d'accord au point de vue des principes avec M. Mahé.

Nous avons bâti une petite cité depuis 25 ans, elle a son programme défini, précis, je suis chargé de l'appliquer. Je fais tout mon possible pour l'appliquer, j'en poursuis l'évolution d'après des principes très nets, très précis, que je conçois, que beaucoup de nos amis conçoivent. M. Mahé vous propose une autre construction. C'est à voir, mais pour ma part, au point de vue général, je reste sur le programme que vous connaissez tous, je défends la maison des Odontologistes. Notre École doit rester libre avec le maximum d'estampilles de l'État, avec le maximum d'apparences officielles, pourvu que l'officialité ne mette pas la main sur notre administration, parce que l'art dentaire ne compte pas dans les budgets de l'Instruction publique d'aucun pays. L'enseignement de l'État est très supérieur pour les autres choses dont l'État s'occupe, mais l'enseignement de l'État est très inférieur pour les choses dont l'État ne s'occupe pas. Or, pour vous citer un exemple, Miller, qu'on considère à juste titre comme une des personnalités, les plus importantes du monde dentaire, a quitté l'Université de Berlin et s'en est allé à Philadelphie parce qu'il n'a jamais pu avoir un laboratoire suffisant à Berlin. Il a été complètement découragé parce qu'il n'a jamais pu obtenir 1.000 francs de l'Université de Berlin pour cela, alors qu'ici il nous faut 15 jours de délibérations pour donner le double à un professeur de notre Ecole

qui en a besoin. Dans les budgets de tous les états la part réservée à l'art dentaire est infime.

Nous avons visité cet été encore une autre École dentaire d'État dans un pays voisin. Francis Jean y est allé et il en est sorti convaincu. Elle n'a changé que d'une façon, elle est plus vieillie, plus délabrée. Eh bien! ceci peut vous donner une idée de ce que sont les établissements d'État pour l'enseignement de l'art dentaire.

Cela ne veut pas dire que l'enseignement d'État en général soit mauvais, non. Cela ne veut pas dire que l'enseignement d'État ne peut pas être bon. Cela veut dire tout simplement que dans les budgets d'État, il ne reste que des sommes insignifiantes pour l'art dentaire, parce qu'il y a des choses qui semblent cent mille fois plus intéressantes au législateur, aux autorités publiques. Le budget des trois écoles dentaires qui existent en France représente de 5 à 600.000 francs. Savez-vous par exemple avec quelle somme le professeur Brouardel voulait créer ces écoles pour la ville de Paris et la ville de Lyon? Avec 60.000 francs.

Je me place, vous le voyez, au point de vue essentiellement pratique et à ce point de vue là, je vous en prie, gardez-vous de l'État et gardez votre Ecole libre le plus longtemps que vous pourrez, avec les apparences d'officialité, notamment sous le couvert de l'Assistance publique. Mais l'Assistance publique ne touche pas à votre budget, vous avez simplement l'estampille de l'Assistance publique.

Je tâcherai pour ma part de faire accrocher à votre porte une inscription officielle, mais cela à la condition qu'on ne touche pas à la nomination de vos professeurs, qu'on ne touche pas à votre budget, qu'on ne touche pas à votre administration intérieure. Tout cela nous entraîne beaucoup trop loin, et bien en dehors du sujet.

Ce sont les réformes qui vous ont été présentées qui doivent ce soir entretenir notre attention.

Je tâcherai de faire se réaliser nos différents desiderata, mais pour ma part je crois que nous ferons bien de tâcher d'obtenir que le stage se fasse plus à l'École que chez le dentiste, que les examens de fin d'année se passent dans nos écoles.

Si je peux dans le courant de l'année obtenir le décret que nous poursuivons depuis longtemps, je pense que nous aurons fait de la bonne besogne.

M. le président ouvre la discussion, sur la demande de M. Touchard, au sujet de l'opportunité de la réunion d'une assemblée générale dans laquelle sera discutée cette question d'évolution de l'enseignement de l'art dentaire.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part *MM. Touchard, Godon, Roy, Villain, Touvet-Fanton, Blatter.*

Le président donne lecture d'un ordre du jour de M. Touchard, ainsi conçu :

« La Société d'Odontologie, réunie dans sa séance du 22 janvier 1907, après avoir entendu différentes opinions sur la question de l'orientation de l'enseignement dentaire, émet le vœu qu'une assemblée générale de la Société civile de l'École dentaire de Paris soit convoquée pour donner plus d'ampleur à cette intéressante question. »

Cet ordre du jour, mis aux voix, est adopté.

En raison de l'heure tardive, les autres communications inscrites sont remises à la prochaine séance.

Le président lève la séance à minuit.

Le secrétaire général,
GEORGES LEMERLE.

Séance du 19 février 1907.

Présidence de M. TOUVET-FANTON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Lecture de la correspondance comprenant des lettres d'excuses de M. Godon et de M. Lemerle.

I. — PRÉSENTATION PAR M. DELAIR D'UN MALADE PORTEUR D'UN LARYNX ARTIFICIEL.

Ce malade ayant subi il y a quelques mois une laryngectomie totale pour épithélioma fut envoyé à M. Delair, qui construisit un larynx artificiel suivant un dispositif de son invention et qu'il a déjà appliqué plusieurs fois dans ces dernières années. Grâce à cet ingénieux appareil prothétique, le malade parle parfaitement ; M. Delair fait remarquer à ce sujet qu'il faut apprendre au malade à se servir de son larynx artificiel et que c'est là une éducation plus ou moins longue comparable à celle qu'il faut faire subir aux sujets porteurs d'un appareil de prothèse vélo-palatine.

II. — EXTRACTION DES DENTS DE SAGESSE ; PROCÉDÉ NOUVEAU DE M. ETCHEPAREBORDA, PRÉSENTÉ PAR M. HEÏDÉ.

DISCUSSION.

M. Blatter préconise dans certains cas difficiles l'emploi de la clef de Garengeot pour l'avulsion des dents de sagesse inférieures et demande que son emploi soit enseigné à l'École,

M. Viau, sans nier l'utilisation possible en certains cas de la clef de Garengeot, s'élève vivement contre la proposition de

M. Blatter. Il trouve qu'il serait regrettable d'introduire dans l'enseignement l'usage de cet instrument.

M. Izambard. — Je suis entièrement de l'avis de M. Blatter en ce qui concerne l'enseignement à l'École de l'emploi de la clef de Garengeot. Il ne faut pas oublier que nos jeunes étudiants feront deux années de service militaire, qu'ils seront appelés à extraire des dents lorsqu'ils seront à l'infirmerie, et nous savons tous de quoi se compose l'arsenal dentaire d'une infirmerie régimentaire : une clef de Garengeot, un davier français droit et courbe et une pince à racine dont il est impossible de se servir. Quant à son emploi pour l'avulsion des dents de sagesse inférieures, je ferai cette restriction, c'est qu'on ne peut pas l'employer dans le cas de dents encapuchonnées : la gencive serait trop abîmée par le crochet, et l'on risquerait trop les fractures de la branche montante.

Dans ces cas particuliers, je me sers toujours du davier à grosses molaires supérieures. En effet, la dent de sagesse limitée dans son éruption par le maxillaire d'une part, par la deuxième grosse molaire d'autre part, n'aura qu'une ressource, c'est de se coucher obliquement dans l'angle du maxillaire. Or, vous vous rendez compte, d'après la forme du davier dont je préconise l'emploi, que la force déployée sera exactement dans l'axe de la dent. Aussi n'ai-je jamais eu d'insuccès ni de grandes difficultés avec ce procédé dans les extractions de ces dents.

Je ne vois pas, par suite, l'utilité de l'appareil de M. Etchepareborda, bien qu'extrêmement intéressant, car on n'a aucun risque de luxer la deuxième grosse molaire voisine.

III. — Présentation de deux malades porteurs d'appareils creux de prothèse restauratrice, par M. Geoffroy-Devulder.

M. Geoffroy présente deux appareils creux de prothèse restauratrice. L'un d'eux est porté par un malade présent à la séance et qui a subi une hémi-résection du maxillaire supérieur, côté gauche.

Il décrit en quelques mots son procédé de fabrication de l'appareil composé d'une double enveloppe de caoutchouc et d'aluminium, dont l'épaisseur est strictement uniforme et d'une précision mathématique. Cet appareil est creux et fermé et M. Geoffroy le bourre et le vulcanise en une seule fois.

Discussion.

M. Platschick. — Le cas présenté par M. Geoffroy n'est pas très favorable pour montrer l'excellence de sa méthode qui est surtout appliquable aux appareils très volumineux.

Je remarque cependant l'ingéniosité de la solution heureuse qu'il

a apportée pour soutenir la partie la plus lourde et la plus volumineuse de l'appareil ; en profitant de la carie de la molaire inférieure il a fait glisser, dans une gaine appropriée, un pivot soudé à la gouttière métallique, couvrant la face jugale des molaires et destinée à recevoir le porte-ressort et la courbe du ressort.

IV. — L'anesthésie de la dentine et de la pulpe, par la méthode de Welin, de Stockholm, par M. Levett.

C'est à l'École dentaire de Paris qu'a été faite la démonstration sur la méthode d'anesthésie pulpaire par le procédé de M. Welin, de Stockholm.

J'ai injecté avec la seringue de M. Welin et avec un liquide de sa composition dans le tissu gingival d'une prémolaire atteinte d'une carie du 3e degré.

Cette injection n'a donné aucun résultat. — De son côté M. Heïdé a essayé sur ce même malade et n'a obtenu aucun succès.

Je ne voudrais pas pour ce cas de non-réussite condamner cette méthode. Pour toutes les médications il y a des sujets réfractaires.

Je dois cependant déclarer que j'ai obtenu des résultats et je ne crois pas être seul dans ce cas.

Discussion.

M. Heïdé. — Lorsque M. Welin vint à Paris, je connaissais déjà sa méthode et son liquide anesthésique par les journaux odontologiques de Norvège.

M. Welin me rendit visite la veille du jour où il devait faire la démonstration de sa méthode à l'École et il voulut bien m'entretenir assez longuement du manuel opératoire et des résultats remarquables qu'il avait obtenus.

A ma question au sujet de la possibilité d'accidents graves, d'ordre général tels que syncopes prolongées ou locaux, nécrose, etc., M. Welin m'affirma qu'il n'en avait pas observé.

Avant même d'assister à la démonstration de M. Welin, j'étais par avance un très chaud partisan de sa méthode, et la démonstration qu'il fit, réussie à tous les points de vue, ne fit que confirmer mon opinion.

J'ai donc mis la méthode de M. Welin en pratique dans ma clientèle privée, dans un grand nombre de cas et de différents cas.

Amputation de pulpe, extirpation de nerfs, préparation de cavité, extractions de dents ; très exactement, voici le résultat obtenu ; succès complet, demi-succès, résultat nul.

Je mets sur le compte de mon manque d'habitude à employer cet anesthésique et aussi sur la nervosité que l'on rencontre sur les malades composant une clientèle privée, les insuccès. Ils viennent égale-

ment de la difficulté à faire pénétrer dans le tissu gingival, le liquide celui-ci sortant, malgré toutes les précautions, l'aiguille enlevée.

Mon honoré confrère M. Pailliottin relatait, à propos de l'emploi de cet anesthésique, qu'il avait eu beaucoup de cas de périostite consécutifs ; je n'en ai jamais rencontré, le seul inconvénient que j'ai remarqué est que la gencive devint légèrement sphacelée.

Jusqu'à ces derniers jours, mon intention était de recommander chaudement ce soir la méthode de M. Welin, mais quelqu'un de très compétent en Suède, en me donnant de ses nouvelles, ne me parla pas en faveur de cette méthode ; je préfère m'abstenir. M. Welin a remis son liquide et donné la composition au laboratoire d'analyses autorisé de la ville de Stockholm ; le directeur, M. le Pr Mörner, a fait l'analyse du liquide et ne l'a pas trouvé conforme à la composition que M. Welin avait donnée.

Assez souvent des cas de nécrose et de gangrène sont survenus après les injections, aussi le Pr Mörner a-t-il exprimé le désir de faire un article dans un journal odontologique de Stockholm sur l'anesthésique de M. Welin : jusqu'à la publication de cet article, je me tiens absolument sur la réserve.

M. le président fait remarquer l'inutilité de la discussion sur une substance anesthésique dont l'auteur n'a pas communiqué la nature, ni la formule ; il le regrette tout en remerciant M. Levett de sa présentation faite au nom de son confrère suédois.

V. — Présentation d'un bridge-work inférieur de trois dents, par M. Heïdé.

L'intérêt de cet appareil réside dans sa fixation qui est uniquement assurée par le scellement d'une seule de ses extrémités.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
Georges Lemerle.

AMERICAN DENTAL CLUB OF PARIS

Séance de mars 1907.

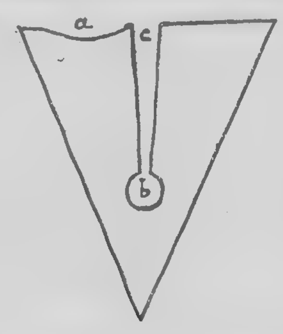
La réunion de mars de l'American Dental Club of Paris a eu lieu chez M. Hugenschmidt en présence d'une vingtaine de confrères comprenant comme invités : MM. Sjöberg, de Stockholm, Villain, Moore, Lepelletier, Borga.

La séance fut consacrée entièrement à la suite de la discussion sur les inlays d'or.

M. Villain, tout d'abord, est d'avis qu'il faut les rendre creux pour obtenir une rétention plus sérieuse dans les cavités. Le creux, il

l'obtient en plaçant sur la matrice de platine un peu de plâtre, juste assez pour permettre de l'entourer de cire reproduisant et les contours et l'articulation. Ensuite pour la fonte de l'or il a modifié un peu l'idée de M. Burt en se servant d'un four de Fletcher qui lui permet, en le penchant, de verser l'or fondu juste dans le moule.

M. Solbrig, de son côté, a modifié également la méthode de M. Burt. Il se sert d'un petit four (dit Créchel) dans lequel il pose le bloc en plâtre en forme de pyramide renversée (la pointe en bas). Cette forme du plâtre est obtenue par le pliage *ad hoc* d'un morceau de carton dans lequel le plâtre est versé ; l'inlay avec son manchon est



a or à fondre; *b* inlay en cire; *c* tuyau par où l'or est coulé.

placé dans cette pyramide de façon à laisser la cire dans la partie mince, à peu près comme l'indique le dessin ci-dessus.

M. Solbrig préfère l'or pur qui donne un inlay plus net, plus brillant, permettant à la rigueur de rectifier de légers défauts sur les bords des cavités en brunissant l'or dessus. En ce qui regarde l'emploi des matrices en platine, il préconise la matrice *brunie* pour les cavités simples, tandis que pour les contours comprenant les sillons, il est d'avis de construire des bases estampées sur des modèles minutieux obtenus par l'emploi de la « laque, investie dans de la moldine ». Ensuite M. Solbrig indique les endroits pour lesquels les inlays d'or sont particulièrement indiqués : les dents destinées à la grosse besogne de la mastication, les coins des incisives, les cavités dont l'aurification demanderait beaucoup de temps, surtout les dents mortes.

Les deux systèmes, celui de M. Villain aussi bien que celui de M. Solbrig, soulèvent l'approbation unanime de l'auditoire. A la discussion prennent part MM. W. Davenport, Burt, Hotz, Wetzel, Robinson, Hayes.

La prochaine séance est renvoyée au deuxième samedi du mois d'avril.

W. Hirschfeld,
Secrétaire-éditeur de l'A. D. C. P.

CORRESPONDANCE

Les bureaux du Groupement, de l'Association, de l'École et la Commission exécutive ont tenu une réunion le 4 mars à 6 heures du soir.

M. Brodhurst, de Montluçon, membre de la Commission, empêché d'y assister, a écrit la lettre suivante :

Montluçon, 3 mars 1907.

Monsieur le président,

Veuillez, je vous prie, m'excuser de ne pouvoir me rendre à Paris pour la réunion de demain lundi, mais deux voyages aussi rapprochés ne me sont pas possibles en ce moment.

J'aurais désiré faire figurer dans le procès-verbal de la dernière assemblée du Groupement les remercîments des dentistes provinciaux pour la place que vous leur avez accordée dans le Conseil du Groupement, revendication que depuis longtemps ils formulaient et qui, j'espère, ne peut être que profitable à la cause odontologique et au Groupement de l'École dentaire. Je suis du reste très honoré d'être un de ces premiers représentants.

Veuillez agréer, etc.

W. Brodhurst.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Nestor d'Argent, chevalier de l'ordre de Léopold, administrateur de la Société royale Linnéenne, père de M. Albert d'Argent, membre de l'Association générale des dentistes de France, et frère de notre collaborateur M. J. d'Argent, professeur à l'École dentaire de Paris. Il est décédé à Bruxelles, le 16 mars 1907, à l'âge de 52 ans.

Nous adressons à MM. J. et Albert d'Argent l'expression de nos sentiments de bien sincères condoléances.

Tous nos lecteurs ont appris par les journaux quotidiens la mort de l'éminent chimiste Berthelot. Nous ne la mentionnerons donc que pour mémoire en ajoutant que l'École dentaire de Paris était représentée à ses obsèques par une délégation de son Conseil de direction et avait envoyé une couronne.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

NOMINATIONS.

Par décision du Conseil de direction du 12 mars 1907, sur la proposition de la Commission d'enseignement et des jurys de concours, MM. Fié et Dr Lemaire ont été nommés chefs de clinique de chirurgie dentaire; MM. Miégeville et Tariotte, chefs de clinique d'anesthésie; M. G. Villain a été nommé chef de clinique de prothèse, avec félicitations.

M. Henri Dreyfus a été nommé démonstrateur.

CONCOURS.

Il sera ouvert en juin un concours pour deux postes de professeur suppléant de dentisterie opératoire. (Décision du Conseil de direction du 12 mars.)

Congrès de Reims.

Le Congrès de Reims se prépare sous les meilleurs auspices. Les principaux groupements professionnels français, notamment l'Association odontotechnique, ont promis de prendre une large part à cette réunion scientifique, qui aura cette année un éclat particulier.

Prochainement nous publierons une première liste des questions qui y seront traitées et des communications qui y seront présentées, et cela confirmera déjà la vitalité et la solidarité des odontologistes et leur désir d'union pour les besoins scientifiques de leur profession.

Nouveau tarif pour les droits d'examen.

Un décret en date du 26 février 1907, publié à l'*Officiel* du 28, décide, entre autres modifications aux différents droits d'examen, que les droits du 1er examen de chirurgien-dentiste sont fixés à 40 francs, à partir du 1er mars 1907.

Société Odontologique Suisse.

La XXme Assemblée générale annuelle de la Société Odontologique Suisse aura lieu les 25, 26 et 27 mai à Lucerne.

Nouveau Groupement dentaire en Belgique.

Il vient de se fonder, à Bruxelles, une nouvelle Société professionnelle qui a pris le nom de *Société belge d'Odontologie,* et qui a résolu de ne s'occuper que de la partie scientifique de la profession.

Le bureau est ainsi composé pour l'année 1907 :

Président : M. D. Brown. *Vice-président :* M. L. Delapierre. *Secrétaire :* M. Bon. *Secrétaire-adjoint :* M. Joachim. *Trésorier :* M. W. Fay.

École libre d'Odontologie de Rio de Janeiro.

Notre collaborateur M. Rodolphe Chapot-Prévost a obtenu du Gouvernement brésilien la reconnaissance officielle de l'École libre d'Odontologie de Rio de Janeiro.

Le 14 décembre a eu lieu la remise solennelle des titres aux chirurgiens-dentistes qui ont terminé leurs études dans cette école.

L'École compte deux cours : un de chirurgie dentaire durant deux années et un cours pour l'obtention du diplôme de docteur en Odontologie durant quatre années.

Actuellement, outre les cours d'Odontologie annexés aux Facultés de médecine de Rio et de Bahia, il existe au Brésil 4 écoles dentaires : celle de Rio (la seule qui confère le titre de docteur en Odontologie), celle de Juiz de Fora (Etat de Minas Geraes), celle de Saint-Paul et celle de Porto-Alegre (Etat de Rio Grande do Sul).

Cours d'art dentaire à l'Ecole de Santé coloniale de Marseille.

Le ministre de la Guerre vient de charger notre confrère M. G. Beltrami de faire un cours à l'Ecole d'application de santé des troupes coloniales de Marseille.

Nouveaux journaux.

Nous avons reçu les premiers numéros du *Zahnärztliches Centralblatt,* publié sous la direction de M. Lincke, chirurgien-dentiste à Liegnitz, et du *Berliner Zahnärztliche Halbmonatsschrift,* publié à Berlin sous la direction de MM. Misch et Bernstein, chirurgiens-dentistes.

Bonne chance à nos nouveaux confrères.

27e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1907 VOL. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR LES BRIDGES FIXES AMOVIBLES, PHYSIOLOGIQUES

Par Georges VILLAIN,

Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 11 décembre 1906.

Plein d'enthousiasme pour les travaux à pont ou bridge-works, je fis, au début de ma pratique, une débauche de couronnes et de bridges ; je crains aujourd'hui d'avoir à m'en repentir et ce n'est pas sans anxiété ni sans appréhension que je songe aux travaux de ce genre que j'ai exécutés.

Ces réflexions amères me sont dictées par les effets désastreux, dus à des bridges, que j'ai constatés depuis près de deux ans dans la bouche de malades ayant reçu les soins de spécialistes dont le renom est souvent cause de nos erreurs personnelles.

Je ne veux discréditer en rien les pionniers du bridge-work, bien au contraire, ils eurent la tâche ardue de vulgariser ces travaux qui restent, malgré tout, les plus appréciés de notre prothèse ; mais nous ne devons pas, aveuglément, accepter une méthode parce qu'elle porte le sceau d'un maître à qui nous sommes redevables de maints travaux. Pourquoi cette vénération, ce dogme du nom ? — Lorsqu'il s'agit d'un travail quelconque, nous devons puiser

à toutes les sources, même les plus modestes. Lorsqu'une méthode est présentée, nous devons en tirer tout ce qu'elle a de bon, la travailler, la perfectionner ; mais nous devons la rejeter sans merci si elle est erronée, quelle que soit sa source ou quel que soit son auteur.

Ne voyez pas en ceci une attaque contre les anciens ; non, je le répète, je leur suis profondément reconnaissant et je reste l'admirateur absolu des spécialistes du bridge.

Mais c'est aux jeunes que je m'adresse, c'est à eux que je demande de travailler au perfectionnement des méthodes que nous ont léguées les maîtres, qui nous ont conduits dans la voie du progrès en nous en montrant la route directe : celle du travail.

Dans cette communication, j'étudierai d'abord les bridges fixes et je commencerai par vous énumérer, dans le tableau d'ensemble ci-après, leurs avantages et leurs inconvénients ; ce parallèle, vous l'aller voir, est des plus instructifs.

Tableau comparatif des avantages et des désavantages des bridges fixes.

AVANTAGES.	DÉSAVANTAGES.
1° Remplacement des dents naturelles par des dents artificielles sans le secours de plaques;	1° Ne restaurent pas le contour gingival après résorption alvéolaire, l'emploi des dents à gencives étant contre-indiqué ;
2° Absence de tout accessoire mécanique intervenant dans l'articulation des sons ou gênant la langue pour la mastication et la déglutition ;	2° Les espaces, devant permettre le nettoyage, interviennent fâcheusement dans la parole, pour les dents antérieures surtout ;
3° Les tissus mous n'étant pas recouverts de plaques ou comprimés ne sont pas irrités ;	3° Ces mêmes espaces retiennent les parcelles alimentaires et maintiennent les tissus mous sous-jacents dans un état inflammatoire constant ;
4° Suppression des crochets et, par ce fait, suppression de l'abrasion mécanique des dents ;	4° Les dents employées comme points d'appui sont irrémédiablement détériorées par leur préparation à la réception des couronnes ;
5° Le sens du goût est mieux conservé ;	5° Les grands bridges ne peuvent être gardés propres, le métal se ternit, l'introduction de la brosse sous ces bridges étant très difficile ;

6° Immobilité parfaite du bridge en tout temps pendant la parole et la mastication ;

7° L'effort masticatoire est proportionnellement réparti sur les dents naturelles, servant de points d'appui, mieux appropriées à supporter ces forces que la surface alvéolaire dont on se sert dans les appareils à plaques ;

8° Son application spéciale au remplacement d'une seule dent ou d'un petit nombre de dents, cas dans lesquels il est supérieur à toute autre chose ;

9° Les bridges ne peuvent être égarés ou brisés en dehors de la bouche ;

10° Tandis que tous les autres moyens de remplacement des dents sont plutôt temporaires que permanents dans les résultats, le bridge devient aussi permanent que tout autre procédé de dentisterie opératoire.

6° Au cas où l'on aurait besoin d'enlever le bridge, celui-ci est souvent trop détérioré pour être replacé ;

7° Les dents qui supportent le bridge, sont soumises à un effort masticatoire plus grand que celui auquel la nature les destinait, d'autant plus que ces appareils ne peuvent être retirés pour permettre aux tissus de se reposer ;

8° Nécessité de détruire la pulpe et de réséquer des parties saines de couronnes naturelles pour préparer les supports ;

9° Difficulté de réparation en cas d'accident ;

10° Condition anormale occasionnée par la réunion fixe des racines de deux dents ;

11° Diminution de la liberté physiologique du ligament alvéolo-dentaire, d'où dégénérescence progressive, ébranlement, perte de l'organe ;

12° Le parallélisme que l'on est obligé de rechercher est une cause d'affaiblissement des racines des dents empruntées comme piliers.

Si nous comparons ces avantages et ces désavantages, nous condamnons *à priori* les bridges fixes, et, cependant, ils tiennent toujours dans nos travaux une place prépondérante, la première place parmi nos travaux de prothèse. A quoi attribuer alors leur succès, si ce n'est au confort qu'ils procurent au malade, car évidemment, le bridge est l'appareil qui peut le mieux remplacer l'organe manquant sans que le patient en soit incommodé, celui-ci ne pensant même pas avoir des dents artificielles ; mais ce confort immédiat devient tyrannie à la longue à cause des accidents pathologiques ou mécaniques, et, comme nous l'avons vu dans la liste des inconvénients, il est nuisible aux dents ou racines sur lesquelles il prend point d'appui, nuisible aux dents voisines et à la bouche en général.

Cette liste des avantages et des inconvénients du bridge fixe n'a pas été dressée par moi pour les besoins de la cause, vous les trouverez dans tous les ouvrages publiés sur les

bridges par les spécialistes, car ce sont eux-mêmes qui prononcent le réquisitoire contre ces travaux ; il est vrai qu'ils font suivre la longue liste des inconvénients d'une notice atténuante et qu'ils attribuent les insuccès à des bridges mal combinés ou erronés, à leur emploi sans jugement, etc.

Comparons donc le pour et le contre, et je prétends que le bridge fixe, contrairement à ce qu'affirment les spécialistes, n'est jamais indiqué. Nous excepterons une seule méthode, sur laquelle nous reviendrons : c'est celle des bridges inamovibles n'ayant qu'un seul point d'appui fixe et sur lesquels le Dr W. Davenport a publié de très intéressants travaux au Congrès de Paris 1900[1].

Avantage 1. *Remplacement des dents naturelles par des dents artificielles sans le secours de plaques.* — Dans les inconvénients 1 (se reporter au tableau), nous voyons que, si la perte de substance est grande, le bridge est contre-indiqué ; or, lorsque les dents ont été extraites, la résorption tôt ou tard sera grande ; si donc il reste des racines, nous n'avons plus recours au bridge, mais à la couronne indépendante.

Avantage 2. *Absence de tout accessoire mécanique intervenant dans l'articulation des sons ou gênant la langue pour la mastication et la déglutition* (Voir inconvénient 2). — Les bridges interviennent plus que les appareils dans cette gêne de l'articulation des sons, qui en tous les cas n'est que passagère.

Avantage 3. *Les tissus mous n'étant pas recouverts de plaques ou comprimés ne sont pas irrités* (Voir désavantage 3). — Si les tissus mous ne sont pas irrités par la plaque qui les recouvre, les parcelles alimentaires retenues sont une source beaucoup plus grave d'irritation et d'inflammation, d'autant que les plaques métalliques, bonnes conductrices de la chaleur, n'engendrent pas l'irritation mentionnée, qui ne se présente que lorsque l'on emploie des

1. Voir Congrès Paris 1900, volume IV.

plaques bases en vulcanite, substance mauvaise conductrice des impressions thermiques et plus difficile à maintenir aseptique.

AVANTAGE 4. *Suppression des crochets et suppression par ce fait de l'abrasion mécanique des dents.* — La suppression des crochets qui érosent les dents ! Cela est faux pour un appareil bien construit, en tous les cas, cette détérioration des dents par érosion est tardive, tandis que, dans un bridge, les dents devant servir de piliers sont irrémédiablement détériorées par le processus de coiffage (décorticage et résection partielle).

AVANTAGE 5. *Le sens du goût est mieux conservé.* — Le goût n'est pas altéré, dit-on ; je ne sache pas que la présence d'un palais artificiel, même complet, altére le goût si l'appareil est maintenu propre. Or, il est aisé de nettoyer un appareil hors la bouche ; il n'en est pas de même d'un bridge fixe, de grande étendue surtout.

AVANTAGE 6. *Immobilité parfaite du bridge en tout temps pendant la parole et la mastication.* — L'immobilité parfaite est un avantage précieux, mais la réunion, l'immobilisation de deux dents ou racines entre elles présente des inconvénients d'ordre physiologique beaucoup plus préjudiciables au malade que la mobilité relative de son appareil ; de plus si, pour une cause quelconque — maladie — accident survenu à l'appareil, bris de face de porcelaine, etc., on se trouve dans la nécessité d'enlever le bridge, celui-ci est souvent trop endommagé pour être replacé (Voir désavantages 6 et 9).

AVANTAGE 7. *L'effort masticatoire est proportionnellement réparti sur les dents naturelles, servant de points d'appui, mieux appropriées à supporter ces forces que la surface alvéolaire dont on se sert dans les appareils à plaques.* — Les inconvénients (Voir liste, désavantage 7) contredisent absolument cet avantage et nous verrons par la suite que des selles doivent toujours être employées afin de répartir l'effort sur la plus grande surface qu'il soit possible d'employer.

AVANTAGE 8. *Son application spéciale au remplacement d'une seule ou d'un petit nombre de dents, cas dans lesquels il est supérieur à toute autre chose.*— Si pour remplacer une ou deux dents il faut en dévitaliser deux saines, je pense que nombre de confrères ne sont pas partisans d'imposer ce sacrifice à leurs malades. Personnellement, je crois que, lorsque la dent est complètement développée, la pulpe devient inutile ou presque, et je n'hésite pas à préconiser la dévitalisation des dents que l'on veut couronner.

AVANTAGE 9. *Les bridges fixes ne peuvent être égarés ou brisés en dehors de la bouche.* — Certes, mais ils peuvent être brisés dans la bouche et nous savons tous combien ces réparations sont difficiles et douloureuses souvent.

AVANTAGE 10. *Tandis que tous les autres moyens de remplacement des dents sont plutôt temporaires que permanents dans leur résultat, le bridge devient aussi permanent que tout autre procédé de dentisterie opératoire.* — Non, le bridge fixe n'est pas permanent ; les conditions antiphysiologiques (Voir liste des désavantages 10, 11, 12) qu'il entraîne ne peuvent nous permettre de le considérer comme tel ; il est soumis à maintes conditions dont le terrain de l'individu n'est pas la moindre. Placer un bridge chez un arthritique ou un goutteux, c'est précipiter la perte des dents qui lui servent de piliers ; que dirions-nous d'un bridge placé chez des malades dont le terrain est encore plus précaire, tels les syphilitiques, tuberculeux ou autres ?

Ainsi, nous voyons qu'en regard de chacun des prétendus avantages attribués aux bridges fixes, nous rencontrons un inconvénient au moins aussi fort, qui milite en faveur du rejet de ce travail comme ne remplissant pas le but qu'il se proposait, exception faite pour les bridges à un seul point d'appui fixe.

Voyons maintenant les bridges amovibles : ici les avantages se précisent et maints inconvénients disparaissent.

Bridges fixes	Bridges amovibles
Désavantage 1. — Ne restaurent pas le contour gingival après résorption alvéolaire, l'emploi des dents à gencives étant contre-indiqué.	Les contours gingivaux peuvent être restaurés, le bridge pouvant se retirer pour être nettoyé.
Désavantage 2. — Les espaces devant permettent le nettoyage interviennent fâcheusement dans la parole, pour les dents antérieures surtout. *Désavantage* 3. — Ces mêmes espaces retiennent les parcelles alimentaires et maintiennent les tissus sous-jacents dans un état inflammatoire constant.	Les espaces deviennent inutiles, l'appareil étant amovible.
Désavantage 4. — Les dents employées comme point d'appui sont irrémédiablement détérioriées par leur préparation à la réception des couronnes.	Le même inconvénient subsiste.
Désavantage 5. — Les grands bridges ne peuvent être gardés propres, le métal se ternit, l'introduction de la brosse sous ces bridges étant très difficile.	Les bridges amovibles peuvent être parfaitement nettoyés.
Désavantage 6. — Au cas où l'on aurait besoin d'enlever le bridge, celui-ci est souvent trop détérioré pour être replacé.	Le bridge se déplace sans être détérioré.
Désavantage 7. — Les dents qui supportent le bridge sont soumises à un effort masticatoire plus grand que celui auquel la nature les destinait, d'autant plus que ces appareils ne peuvent être retirés pour permettre aux tissus de se reposer.	L'effort masticatoire peut être réparti sur les dents servant de piliers d'une part, sur le rebord alvéolaire (à l'aide de selles), d'autre part ; l'équilibre ainsi rétabli évite le surmenage du ligament alvéolo-dentaire, surmenage qui est trop souvent cause de pyorrhée dont les accidents se manifestent sur les dents prises comme point d'appui.
Désavantage 8. — Nécessité de détruire la pulpe et de réséquer des parties saines de couronnes naturelles pour préparer les supports.	Même inconvénient.
Désavantage 9. — Difficulté de réparation en cas d'accident.	Les réparations sont faciles.
Désavantage 10. — Conditions anormales occasionnées par la réunion fixe des racines de deux dents. *Désavantage* 11. — Diminution de la liberté physiologique du ligament alvéolo-dentaire, d'où dégénérescence progressive, ébranlement, perte de l'organe. *Désavantage* 12. — Le parallélisme que l'on est obligé de rechercher est une cause d'affaiblissement des racines des dents utilisées comme piliers.	Ces désavantages subsistent, le parallélisme est encore plus nécessaire dans le bridge amovible que dans le bridge fixe ; par contre la possibilité de retirer l'appareil permet de donner un peu de repos aux organes fatigués, mais nous ne pouvons pas admettre que ce repos soit suffisant pour contrebalancer les conséquences antiphysiologiques de l'immobilisation des racines ou dents piliers entre elles.

Nous avons condamné le bridge fixe, devons-nous condamner le bridge amovible ? Oui, parce qu'il est antiphysiologique autant que le bridge fixe, sur lequel il n'a d'avantages réels qu'au point de vue prophylactique.

Nous condamnons les bridges fixes et amovibles (en général) parce qu'ils ne remplissent pas les conditions qu'exigent de tels appareils ; nous avons dit qu'ils sont antiphysiologiques, partant ils sont pathologiques et les troubles dont ils sont la cause sont d'une intensité et d'un éloignement proportionnels à l'état général du sujet qui a recours à ces appareils.

Je fais appel à ceux de mes confrères qui, comme notre ami Frey, consacrent une grande partie de leur temps à l'étude de l'influence du terrain sur notre pathologie spéciale et des conséquences qui en résultent au point de vue thérapeutiques et j'étends le domaine de la thérapeutique au bridge comme à tout autre moyen prothétique de remplacer, soutenir ou corriger les organes manquants, chancelants ou anormalement placés.

Dans les traités de bridge vous verrez toujours l'auteur s'élever contre l'emploi irraisonné de ces appareils pour le remplacement des organes manquants ; il est évident que vouloir placer un bridge qui aura à supporter l'effort masticatoire de 14 dents sur deux ou trois racines est illogique, je laisserai donc de côté l'abus que l'on fit et que certains font encore des bridges, leur usage erroné, leur construction imparfaite ou le manque d'habileté dans cette construction, qui ont contribué à former la longue liste des insuccès. Le bridge a traversé une phase expérimentale, il s'agit aujourd'hui de déterminer les indications qui nous autorisent à l'employer et les principes qui doivent gouverner sa construction.

Permettez-moi cependant de vous soumettre les observations toutes personnelles qui ont fait de moi un adversaire intransigeant du bridge fixe ou amovible, tel qu'il est compris généralement :

1° Placé chez un malade dont le terrain est aussi favora-

ble que possible, quelle sera l'action du bridge sur les organes qui le soutiennent ?

Nous aurons le surmenage de ces points d'appui et, comme conséquence, l'irritation constante du ligament alvéolo-dentaire ou périoste, l'inflammation consécutive à cette irritation et enfin le processus de réaction contre cet état anormal des tissus.

Le résultat peut être : ou destruction du ligament par dégénérescence et pyorrhée ou néoformation de tissu osseux autour de ces racines immobilisées, produisant ainsi une calcification ankylotique. Laquelle de ces deux solutions se produit le plus souvent ? La première.

Si, en effet, nous immobilisons les dents dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire afin de déterminer une calcification ankylotique (plus ou moins réelle), pouvons-nous espérer voir ce résultat se produire autour de racines soutenant un bridge ? Ne perdons pas de vue ce point important : les dents atteintes de pyorrhée, maintenues entre elles fixement par un appareil, n'ont à supporter que les forces s'exerçant sur chacune d'elles respectivement. Il n'en est pas de même des racines servant de points d'appui à un bridge, elles ont à supporter l'effort masticatoire d'une surface beaucoup plus grande que celles de leurs propres couronnes, le surmenage sera constant, la mobilité de la racine persistera tant que le malade aura besoin de se servir de son bridge pour mastiquer, et la calcification ankylotique de cette racine devient un problème.

2° Si le bridge est placé, c'est souvent le cas, sur une dent ou racine, ayant été atteinte, à une époque quelconque, d'abcès alvéolaire, nous avons un malade dont le terrain général est favorable ayant un organe particulier, cette racine traitée jadis pour abcès, dont l'état de résistance est amoindrie dans une proportion, variée il est vrai, mais réelle ; nous sommes en présence d'un tissu cicatriciel, c'est-à-dire défavorable au surmenage et aux conditions anormales que nous allons lui imposer, et c'est justement cette racine qui va servir de point d'appui au bridge, son élimina-

tion sera plus rapide encore que dans le cas précédent.

3° Si nous envisageons maintenant le bridge placé chez un malade dont l'état général laisse à désirer, — je prendrai comme exemple : un arthritique ou un goutteux — que va-t-il se produire ?

J'emprunte ici la théorie de M. Kirk, doyen de l'Université de Pensylvanie, sur la pyorrhée d'origine générale, qui explique la formation d'abcès sur des dents dont la pulpe est vivante et que Magitot, Essig, Darby et E. Smith ont décrit sous les noms de périostite goutteuse, goutty-péricementite, etc.

Le plasma sanguin devient une solution saturée d'acide urique ; arrivant au contact de l'organe surmené, dans notre cas particulier la dent supportant le bridge, il rencontre un milieu acide résultant de l'inflammation due au surmenage qui diminue la résistance vitale de l'organe ; au contact de ce milieu acide, il se produit une réaction chimique amenant la formation de calculs.

Ces calculs se déposent en un point quelconque de la dent, vu l'état de moindre résistance de l'organisme en général et de l'organe particulier, la formation de pus due à ce dépôt de calculs ne tardera pas ; ce pus trouvera un chemin suivant une ligne de moindre résistance, mais avant de s'être fait jour par la fistule ainsi créée, il aura infecté le périoste sur une étendue importante, et lorsque vous vous trouverez en présence de l'abcès, le périoste sera déjà fortement détruit et cela souvent aux environs de l'apex, c'est-à-dire au point le plus critique pour la consolidation future de la dent.

Après un temps relativement court, nous nous trouverons donc avoir un bridge reposant sur une dent atteinte de pyorrhée, due à l'état général du malade.

Si, aux conséquences du surmenage imposé aux dents chez ces malades nous ajoutons les conséquences de l'immobilisation de la dent, pouvons-nous être étonnés de voir des bridges causer la perte, par élimination des dents qui servent de point d'appui, en moins de trois ans !

Chez les malades présentant toute garantie quant à leur

état général et local, les bridges tels qu'ils sont conçus en général durent huit à douze ans ; chez les malades offrant les mêmes garanties quant à leur état général, mais dont la résistance des dents employées comme pilier a été diminuée par des abcès s'étant produits à une époque quelconque de leur vie, le bridge dure quatre à huit ans ; quant aux malades dont l'état général est précaire, la durée du bridge est très limitée, et ne dépasse pas quelquefois deux années.

Il importe donc de préciser dès maintenant l'emploi des bridges. Pour cela, nous devons nous appuyer sur des données physiologiques et mécaniques, alors que jusqu'à présent on s'est surtout basé sur des données purement mécaniques comme s'il s'agissait de faire un simple pont de pierre sur des piliers de même matière ; or, les ingénieurs ont dû avoir recours à la science pour établir leurs chefs-d'œuvre modernes, tels les ponts métalliques ; nous devons agir de même pour les appareils dits, à juste titre, « à pont » ou « bridge-works ». Au lieu de mobiliser le pont sur les piliers, nous devons laisser chacun des piliers avec sa mobilité propre sous le pont. M. Touvet-Fanton a déjà il y a quelques temps jeté le cri d'alarme et fait à ce sujet de très scientifiques travaux, il n'a malheureusement pas été suivi dans cette voie qui est la seule rationnelle et à laquelle nous sommes bien obligés de revenir ; je suis heureux aujourd'hui de lui dire publiquement mon admiration pour ce travail, le seul que j'ai trouvé combattant et résolvant scientifiquement et mécaniquement l'antiphysiologisme du bridge [1].

Quelles sont les conditions que doit remplir un bridge afin de donner toutes les garanties que nous lui réclamons ?

1° Il doit être amovible pour satisfaire aux lois de l'hygiène, pour permettre le repos des organes sur lesquels il s'appuie, pour être facilement réparé ;

2° Il doit reposer non seulement sur les dents ou racines lui servant de points d'appui mais aussi sur la plus grande

---

1. Voir *Odontologie*, des 30 mai, 15 et 30 juin et 15 août 1901.

surface possible des bords alvéolaires, afin de mieux équilibrer la résistance et l'effort masticatoire et diminuer ainsi le surmenage imposé aux dents ou racines employées comme piliers ;

3° Il ne doit pas nécessiter la disposition parallèle des dents ou racines choisies comme points de rétention, afin de réduire au minimum l'affaiblissement de ces points d'appui et d'en permettre l'usage maximum quant au nombre ;

4° Les bridges ne doivent pas immobiliser les dents ou racines sur lesquelles ils s'appuient ;

5° Ils ne doivent en rien diminuer la liberté physiologique des organes qu'ils utilisent et qui doivent se comporter normalement comme une articulation, réduite, mais existante ;

6° Les pressions exercées pendant la mastication doivent agir *directement* sur le point qui reçoit la pression avec le minimum de répercussion sur les autres points de l'appareil, afin d'éviter l'action de levier qui ébranle les points d'appui en proportion directe de leur éloignement du point sur lequel s'exerce la force ;

7° Les surfaces des points d'appui (racine ou dent) en rapport direct avec le bridge doivent conserver un contact parfait, quelle que soit la position oblique prise par ces points d'appui ou le bridge ;

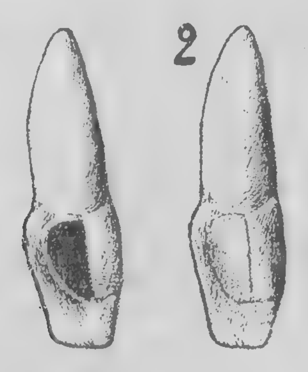
8° Ils doivent se rapprocher autant que possible des organes qu'ils sont destinés à remplacer tant en volume qu'en fixité.

Ces huit conditions peuvent-elles être réalisées intégralement? Nous le croyons et nous donnerons aux bridges qui les remplissent le nom de *bridges physiologiques*. Nous étudierons dans un prochain travail les conditions dans lesquelles le bridge physiologique peut être établi.

PORCELAINE EN DEUX PARTIES

Par G. de Périndorge, D.E.D.P., de Hong-Kong.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une carie dont la cavité n'est pas de dépouille, il peut arriver que, même après l'avoir garnie de ciment intérieurement avant la prise de l'empreinte, elle ne puisse être sortie sans être faussée ; on pourra alors prévoir que la porcelaine terminée n'aura peut-être pas le contour désiré : voici le petit tour de main que j'ai employé dans des cas de cette nature et qui m'a donné d'excellents résultats.



Supposons qu'on ait affaire à une incisive centrale supérieure, face distale. Voici comment je procède pour obtenir des contours d'une parfaite exécution :

Je nettoie convenablement la cavité avec des fraises bien tranchantes et je la prépare le mieux possible. Ceci fait, je la sèche à l'air chaud et construis un ciment comme si c'était un travail définitif avec les contours, etc., et renvoie mon patient au lendemain, toujours en ayant soin de maintenir l'écart entre la centrale et la latérale, si cette dernière existe, précaution qui doit être prise avant d'édifier l'obturation au ciment.

Le lendemain, je finis le travail commencé, c'est-à-dire que je polis entièrement le ciment au disque, aux bandelettes et à la meule de carborundum.

C'est alors, cette première partie terminée, que je commence la plus délicate.

Il s'agit d'enlever presque la moitié de ce ciment, tout en laissant le fond, en commençant soit par la face buccale soit par la face labiale. Je préfère la première. J'emploie l'angle droit et des fraises bien tranchantes et j'attaque le ciment jusqu'à la *ligne verticale* de la dent vue du côté distant. Il est bien entendu que l'émail de la dent et même une partie de la dentine dans la cavité doivent être bien découverts, sauf à la ligne verticale déjà citée où le ciment doit être bien dressé en ligne droite, et à angle droit. La cavité étant prête, cette première partie de l'empreinte est prise je cuis la porcelaine et la scelle.

Ceci fait, le patient est renvoyé au lendemain, l'écart toujours maintenu cette fois à la gutta afin de ne pas risquer de déranger le scellement.

La troisième partie du travail consiste simplement à enlever comme il a été dit plus haut à la fraise, le ciment restant à la partie labiale, jusqu'à ce que la première porcelaine scellée la veille soit rencontrée. Je détache délicatement à la fraise, sans briser les bords, toute la partie de cette ligne verticale en laissant, sur une largeur d'un millimètre, la porcelaine à découvert dans la cavité. Je termine la préparation de la cavité et procède à la deuxième empreinte face labiale et, la porcelaine terminée et scellée, j'obtiens les contours désirés exactement comme ceux du ciment fait à la première partie de ce travail.

FAITS CLINIQUES

Par Paul Maia, de Ponte Novo (Brésil).

Nous avons dans la ville que j'habite un petit hôpital dont le médecin, le docteur José Marianno, veut bien me demander mon concours pour toutes les opérations ayant trait à la chirurgie buccale.

Cela m'a permis de voir un certain nombre de faits intéressants parmi lesquels les trois observations suivantes :

* * *

Un nègre de 45 ans, brésilien, forgeron, se présente à la clinique le 3 septembre dernier en nous disant qu'il ne pouvait plus avaler les aliments, car il avait une « *histoire qui lui bouchait la gorge* ».

Nous constatons la présence d'un carcinome du côté gauche du maxillaire supérieur, avec exophtalmie de l'œil gauche (fig. 3).

La tumeur a extérieurement le volume d'une grosse pomme ; la peau qui la recouvre glisse légèrement sur elle, la bouche est un peu déviée à droite, l'œil presque en dehors de l'orbite (fig. 3).

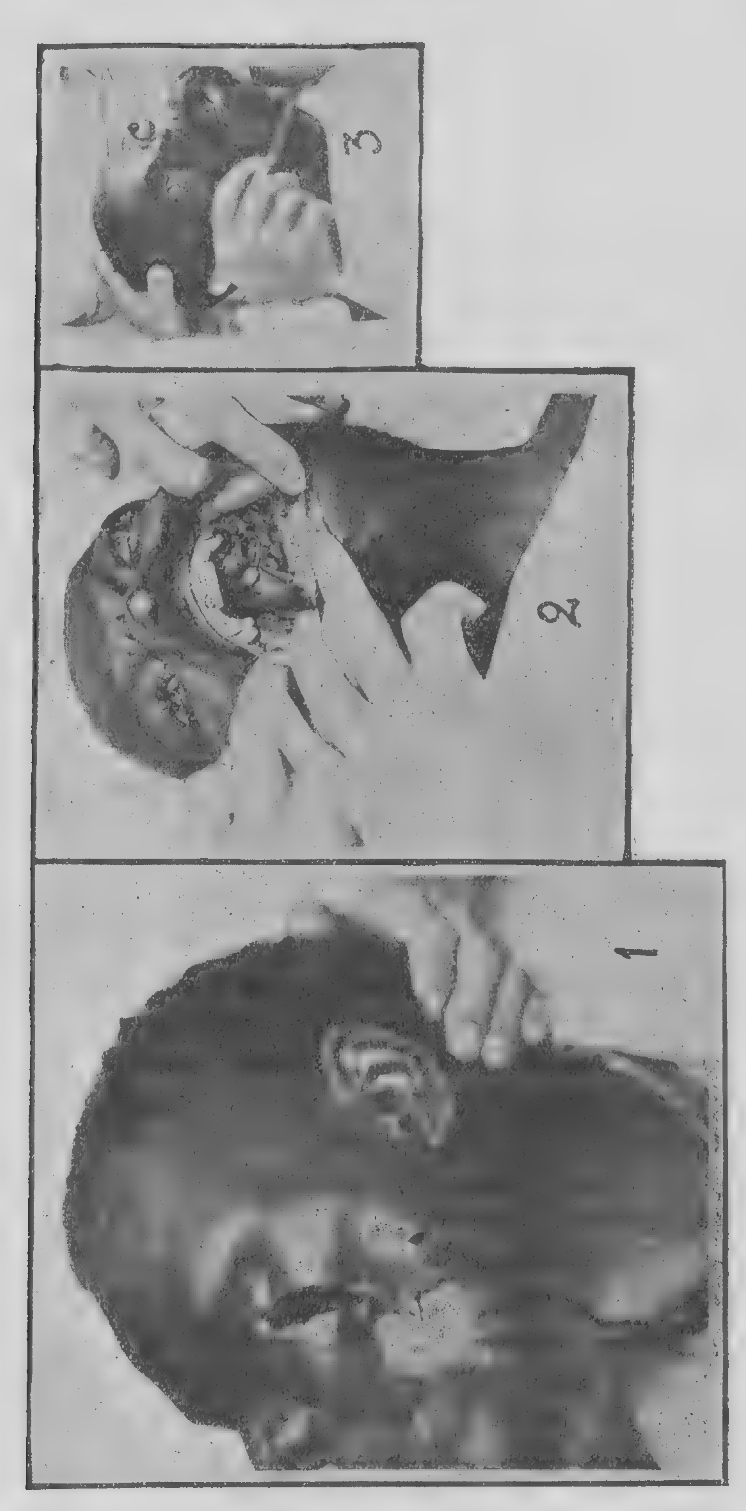
La tumeur présente une coloration jaunâtre avec quelques points tachés de bleu et de rouge brun ; existent au-dessous de l'arcade des grosses granulations jaune gris, quelques-unes de la grosseur d'une noisette et d'autres de celle d'une lentille.

La tumeur a envahi la parotide, formant corps avec celle-ci ; le pilier du côté gauche, le pharynx, les amygdales sont également envahies par la tumeur.

L'extirpation complète de la tumeur n'est pas possible car elle est si étendue qu'à la partie postérieure il faudrait faire une brèche considérable en sectionnant les nerfs facial, spinal, pneumo-gastrique, la carotide et la veine jugulaire interne, et sans avoir la certitude d'enlever la totalité de la tumeur.

Dans ces conditions, nous nous sommes bornés à faire une ablation partielle de la tumeur, pour permettre au malade d'avaler les aliments et de respirer, pendant le peu de temps qu'il avait à vivre. Car nous partageons l'avis de M. Tillaux disant au sujet des tumeurs de la la région parotidienne qu'*il est bien préférable de laisser mourir un malade que de le tuer.*

La partie du carcinome que nous avons retirée avait un poids de 407 grammes. La figure 2 montre la bouche du malade après ablation de la partie du carcinome qui était du côté jugal.


3
2
1

*
* *

Le 10 mai dernier s'est présenté à la clinique, S. nègre, 55 ans, brésilien, travailleur agricole, avec une fistule énorme à la face jugale, côté gauche (fig. 1). La déformation était énorme ; il y avait deux orifices ; un au-dessous de l'arcade orbitaire et l'autre sous la région malaire.

Il y avait encore un abcès sur l'angle du maxillaire inférieur, de la grandeur d'une pomme.

Nous avons fait la résection du maxillaire supérieur depuis l'incisive latérale gauche, jusqu'à l'aile interne de l'apophyse pterygoïde. Nous avons ouvert le trajet fistuleux et avons retiré plusieurs sequestres d'un poids total de 37 grammes et demi.

Nous avons fait quelques points de suture et après une vingtaine de jours le malade était tout à fait guéri, et pouvait quitter la clinique.

Il va sans dire qu'il est resté avec une grande difformité de la face, qu'on aurait peut-être pu atténuer en faisant un appareil de prothèse ; mais S..., est parti pour l'intérieur de la forêt, où il habite en disant qu'il n'avait pas besoin de devenir « *joli* ».

*
* *

Je vous signale enfin un troisième cas intéressant mais dont l'observation aurait eu besoin d'être plus complète que je n'ai pu le faire en la circonstance.

Il s'agit d'un Italien de 62 ans, habitant le Brésil depuis 15 ans et qui, après avoir eu toutes ses dents jusqu'à l'âge de 30 ans et les avoir perdues à partir de cet âge toutes successivement par ébranlement (pyorrhée) aurait vu apparaître neuf dents à sa mâchoire supérieure. Cet individu possédait au moment où je l'examinai, à gauche : la première grosse molaire, les deux bicuspides (très larges) et une incisive latérale (également très large) ; à droite : la première et la seconde grosse molaire, les deux bicuspides et l'incisive centrale.

Ces dents étaient très blanches, saines, bien plus grandes que normalement, disposées irrégulièrement sur l'arcade sans cependant en être encore tout à fait sorties.

Il n'y avait aucune dent ou racine à la mâchoire inférieure dont le bord alvéolaire était large, aplati et dur comme celui d'un homme habitué depuis de longues années à mastiquer sans dents.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA PURETÉ DES SOUDURES D'OR

Par S. H. Guilford.

La plaque d'or se vendait autrefois à sa valeur réelle en carats, comme la soudure d'or, mais il n'en est plus ainsi à présent.

Autrefois les soudures d'or portaient la marque en carats : soudure à 18 carats voulait dire soudure contenant 18 parties d'or pur pour 6 d'alliage ; plaque à 18 carats avait la même signification, toute la différence résidant dans la nature du métal allié ; la soudure contenant un métal fusible à plus base température et qui abaissait le point de fusion de la masse. Cependant tous deux contenant le même nombre de carats, l'un était aussi fin que l'autre.

Or, si la soudure à 18 carats pouvait être employée sur une plaque à 18 carats, la fusion ayant lieu à un degré inférieur, cela présentait quelque risque ; de sorte qu'on apprenait à l'étudiant dans un laboratoire ou à l'école à employer une soudure de 2 carats inférieure à la plaque. Cette règle a été posée et suivie pendant 50 ans et elle était satisfaisante parce qu'elle était sage et exacte.

Dans les dernières années un changement s'est produit, au point que la marque du carat ne sert plus actuellement à désigner la pureté de l'or. Au lieu de porter 18 carats, l'enveloppe contenant les morceaux de soudure d'or porte ces mots *pour plaque de 20 carats.*

Ce changement peut sembler insignifiant, alors qu'au contraire il est important pour deux raisons :

1° L'acheteur ne sait pas ce qu'il achète. Une soudure marquée *pour plaque de 20 carats*, peut être à 18, 16, 14 ou 12 carats. Personne ne le sait, si ce n'est le marchand, et il ne le dit pas. Même si l'essai prouvait qu'elle est à 16 ou 17 carats de fin, elle pourrait avec raison être qualifiée ainsi *pour plaque à 20 carats* ;

2° C'est une tentation à l'improbité, car si des fabricants font une soudure à 18 carats pour plaque de 20 carats, quelle qu'en soit la marque, d'autres abaisseraient sans doute le titre de leur soudure en cachant derrière une étiquette la mention *pour plaque de carats.*

Il y a quelques années, un ou deux fabricants ayant changé leur manière de marquer les soudures, mon attention fut appelée sur une brochure d'un fabricant qui disait : « Nous vendons nos soudures à leur valeur, et non en faisant usage d'étiquettes mensongères. »

Cela me fit supposer que quelque fabricant avait marqué ses soudures d'une étiquette indiquant un titre plus élevé que la réalité et

je fus confirmé dans cette opinion par d'autres passages de cette brochure.

Il y a un mois je remarquai une annonce dans quelques journaux dentaires ainsi conçue : « Soudure d'or à 18 carats. »

Je fis une commande de cette soudure en recommandant de la marquer avec son titre réel. Quand la commande me fut livrée, elle était accompagnée d'une lettre portant que la soudure n'était pas à 18 carats, mais pour des plaques de 18 carats. Le fabricant ajoutait qu'il pouvait m'en fournir à 18 carats, mais que depuis quelque temps sa soudure était inférieure au type habituel, parce qu'il avait constaté que ses concurrents vendaient la leur à un prix inférieur, parce qu'elle était de 1 carat au-dessous. Je renvoyai cette soudure.

J'avais l'explication : la concurrence avait induit un fabricant à abaisser le titre et les autres l'avaient imité.

Désireux de connaître l'opinion de la généralité des fabricants touchant le changement survenu, j'écrivis à sept d'entre eux pour la leur demander et les prier d'indiquer, en vue de le publier, la finesse en carats ou en millièmes des soudures qu'ils vendaient pour être employées avec les plaques à 22, 20, 18 et 16 carats.

Tous répondirent, mais deux seulement indiquèrent la finesse réelle de leur soudure.

L'un dit : « Notre soudure n'est pas à 18 carats, mais elle est la même que celle des autres et elle est destinée à servir pour des plaques de 18 carats. »

Un second estimait que la marque en carats des soudures représentait plus exactement autrefois le carat correspondant à la plaque qu'à présent, attribuait ce changement au bas prix de détail et ajoutait que ses soudures avaient 2 carats de moins que les plaques auxquelles elles étaient destinées.

Un troisième dit que ses soudures d'or n'avaient jamais été marquées avec le nombre véritable de carats, la mention 22 à 14 indiquant la qualité d'or à laquelle elles étaient destinées ; il revendiquait l'honneur d'avoir signalé aux dentistes l'erreur que cette mention provoquait et prétendait que ses soudures étaient supérieures en carats aux autres.

Un quatrième disait que ses soudures avaient toujours été inférieures de 2 carats aux plaques auxquelles elles étaient destinées, parce qu'entre des mains inexpérimentées elles pourraient brûler ou détruire la texture de la plaque avant la coulée.

Un cinquième indiquait que les quantités d'or pur contenues dans les soudures étaient les suivantes : à 16 c., 55, 76 o/o ; à 18 c., 65, 98 o/o ; à 20 c., 73, 80 o/o. Comme dans ce cas chacune des soudures est à peu près inférieure de 2 carats aux quantités 16 c., 18 c., 20 c., respectivement, il semble que ce fabricant ait donné le

titre de la soudure pour plaque à 16, 18 ou 20 c., au lieu de donner le degré réel de finesse de la soudure elle-même. Il ajoutait que la soudure à 18 carats est ce qu'on appelait depuis des années soudure habituelle à 18 carats.

On peut donc conclure que la plupart des fabricants qui ont répondu mettent en vente des soudures inférieures de 2 carats en finesse aux plaques auxquelles elles sont destinées.

Deux raisons ont été données pour expliquer le changement apporté à l'étiquetage : la nécessité d'éviter la surchauffe des plaques en soudant ; l'habitude prise par un fraudeur de tromper l'acheteur et adoptée par ses confrères pour ne pas se faire de tort.

L'étiquetage des soudures avec leur nombre réel de carats, loin d'induire l'acheteur en erreur, le renseignerait au contraire exactement sur ce qu'il emploie. L'habitude de suivre l'exemple de ceux qui trompent l'acheteur est un bien mauvais moyen : en indiquant sur les soudures le nombre véritable de carats d'or qu'elles contiennent on ferait au contraire un acte de sincérité et on éviterait bien mieux les erreurs.

Si les fabricants revenaient à l'habitude d'étiqueter leurs soudures avec le nombre réel de carats d'or qu'elles contiennent, ils y gagneraient certainement et la profession avec eux.

(The Stomatologist.)

REVUE ANALYTIQUE

Kystes du maxillaire. — Mauvaises dents et mastication. — Les dents changent leur forme sous des influences mécaniques. — De l'utilité de la porcelaine en art dentaire.— Remarques sur le mécanisme des fractures de la mâchoire inférieure. — Remplacement d'une dent cassée dans un bridge. — Rapports des variations de grandeur de l'antre d'Highmore à la structure crânienne individuelle.

Kystes du maxillaire.

Nous relevons à la Société Odontologique de la Grande-Bretagne trois observations intéressantes de kystes du maxillaire.

Le 1er a été constaté par M. Dolamore chez un jeune garçon qui avait une tuméfaction dure sur le maxillaire supérieur gauche, s'étendant de la ligne médiane jusqu'au delà de la canine. L'incisive centrale manquait : elle n'avait pas fait son éruption, mais la tuméfaction semblait plus grande que ne le comportait l'apparition de cette incisive. Le jeune homme fut ajourné à trois mois. Quand il revint il présentait une grosseur fluctuante s'étendant, en arrière, de la canine à la racine antérieure de la première molaire supérieure, et contenant manifestement du liquide. Au-dessus de la région où se trouvait l'incisive centrale, était une tuméfaction dure, comme si la dent ne pouvait faire éruption. Le jeune garçon fut anesthésié, une incision transversale fut pratiquée au-dessus du bord tranchant supposé de l'incisive et immédiatement il s'écoula une grande quantité de liquide couleur jaunâtre. Avec une pince, M. Dolamore essaya d'enlever la masse dure. La pince donna en arrière contre quelque chose. Le sujet se réveillant alors fut prié de se laver la bouche. Une demi-heure plus tard on lui administra de l'éther. Une incision conduisit alors dans une cavité de plus de 25 mm de diamètre antéro-postérieur et de moins de 25mm de diamètre latéral. Un morceau de la paroi kystique fut enlevé. Dans la cavité se trouvait une incisive centrale mal formée.

Il ne semble pas y avoir eu là d'autre cause de ce kyste, à moins qu'on ne le considère comme un kyste folliculaire, c'est-à-dire un kyste s'étant formé dans le follicule de cette dent qui n'avait pas fait éruption.

Le 2e kyste a été constaté par M. Philipps. Le patient présentait une tuméfaction étendue, dure, indolore, dans la moitié droite du maxillaire, allant de la deuxième molaire à l'incisive centrale. Les bords en étaient mal définis. Pas de fluctuation ; muqueuse tendue, mais de couleur normale. Racines infectées de la deuxième molaire. Ni douleur ni suppuration. Ganglions du cou légèrement engorgés, insensibles à la pression. Une première opération fut faite : le sommet du kyste fut enlevé avec les restes de la deuxième molaire, la troisième molaire qui n'avait pas fait éruption et les deux prémolaires. On ne put trouver de membrane de revêtement. Quinze jours plus tard, nouvelle opération.

Six mois après, la bouche ne présente pas de symptômes de récidive et la guérison est parfaite.

Le 3e cas a été relevé par M. Carter chez un enfant de 12 ans 1/2, entré à l'hôpital avec un œdème de la joue gauche, qu'on avait pris précédemment pour un sarcome. Cet œdème avait débuté deux mois auparavant. Absence de douleur et d'écoulement. Dents temporaires présentes; les première et deuxième prémolaires permanentes et la canine permanente absentes. Après avulsion des dents temporaires on put enfoncer un scalpel au travers du plancher du tissus qui était mou. Il s'écoula un pus de couleur foncée. Avec la sonde on trouva dans le haut de la cavité la couronne d'une dent (deuxième prémolaire malformée) et la deuxième prémolaire non développée. Il fut impossible de trouver la canine permanente. A la suite d'un tamponnement avec de l'acide phénique et de la pose d'un tube de drainage, l'œdème disparut.

(Brit. J. of Dent. Sc.).

Mauvaises dents et mastication.

D'après un rapport de la Société Odontologique Suédoise, 16 o/o des anciens Anglo-Saxons, 24 o/o des anciens Bretons, 41 o/o des anciens Egyptiens avaient des dents cariées. Parmi les nations modernes la Suède occupe un des plus mauvais rangs : près de 95 o/o de ses habitants ont des dents défectueuses, l'Amérique vient ensuite avec 93 o/o. Parmi les recrues de l'armée, 20 o/o en Allemagne, 24 o/o en Angleterre, 28 o/o en Suède ont des dents hors d'usage. Les Esquimaux ont les meilleures dents de tous les peuples : 1 1/2 o/o seulement ont des dents défectueuses. Cela est dû à leur régime alimentaire carné, car la viande ne fait pas carier les dents (*sic*). Le rapport dit également que la cause de la détérioration des dents à mesure que la civilisation avance est la paresse, car on ne mange pas d'aliments ayant besoin d'être mastiqués (*Brit. J. of. dent. sc.*).

Les dents changent leur forme sous des influences mécaniques.

L'auteur rappelle que la dent ne change pas seulement sa position dans les maxillaires mais qu'elle change aussi de forme. Il semblerait extraordinaire que la dent évoluée, qui est formée de la substance la plus dure de l'organisme puisse subir encore des changements.

Il ne faut cependant pas oublier que Sebhardt a démontré que les fébrilles dentinaires ont une certaine élasticité et que la substance dure joue un rôle dans la pression et la flexibilité. Chez les animaux dont les dents sont séparées, les dents correspondantes présentent la même forme, ce qui ne se rencontre jamais chez l'homme à cause de la pression qu'exerce une dent sur l'autre. L'auteur fait la comparaison de deux incisives latérales supérieures, la gauche avait une position normale, la droite n'ayant pas de place s'est appliquée sur l'incisive centrale. Tandis que l'incisive gauche présente une forme normale, on voit sur l'angle mésial de l'incisive latérale droite une excavation qui devient plus large vers le bord libre de la dent. Ce bord est beaucoup plus fort et concave. L'incisive centrale droite sur laquelle reposait l'incisive

latérale présente des plis. Cette deviation de la forme sous l'influence de la pression se produit dans le jeune âge lorsque les canalicules de la dentine sont encore larges et reliés entre eux par de nombreuses anastomoses.

Cette constatation est très importante pour prouver le développement mécanique de l'appareil masticateur qui s'est adapté aux différentes sortes de nutritions.

Il reste encore à se demander si ces phénomènes sont héréditaires. Ils le sont et l'auteur est persuadé que le développement de l'appareil masticateur a été influencé par des causes locales pendant plusieurs générations.

(Dr Adloff, Kœnigsberg, *Deutsche Monatsrchrift,* 5 février 1907.)

De l'utilité de la porcelaine en art dentaire. Quelques considérations historiques.

Au cours de l'historique qu'il fait de la question, l'auteur rappelle que c'est à Sèvres, vers 1774 que se firent les premiers essais d'application de la porcelaine à l'art dentaire. Mais ce n'est qu'insensiblement que celle-ci a atteint son actuelle perfection, par une marche parallèle à celles des progrès accomplis pour les fours de cuisson.

En France depuis dix ans l'emploi de la porcelaine s'est définitivement généralisé comme elle le méritait. C'est qu'il a été reconnu en effet que c'est une substance aseptique par elle-même, de plus, elle imite parfaitement l'émail naturel et est inattaquable aux acides buccaux. Elle est, de plus, isolante et l'on évite, avec elle, les variations thermiques si préjudiciables à la pulpe. Elle réunit donc deux qualités essentielles : l'hygiène et la beauté.

L'auteur insiste sur la nécessité, pour un praticien sérieux, de connaître, étant donné les nombreux usages de la porcelaine, la manipulation des différents procédés qui y sont relatifs, et il commence par décrire minutieusement la confection d'un inlay.

La cavité d'une dent destinée à recevoir un inlay doit affecter la forme d'une cupule, c'est-à-dire qu'elle sera bien de dépouille, plus étroite à sa base qu'à son orifice ; les parois ne seront même pas parallèles et l'on évitera de faire des angles aigus dans le fond de la cavité. Celle-ci sera assez profonde, afin que les bords de l'inlay ne soient pas trop minces.

Dans une reconstitution d'angle de dents antérieures, l'inlay ayant à supporter une assez grande pression produite par la dent antagoniste pendant la mastication, il sera presque toujours nécessaire de pratiquer, au fond de la cavité, un petit canal destiné à recevoir un crampon de platine ; dans le cas où il fandrait faire une reconstitution entière du bord tranchant d'une de ces dents, il serait préférable de mettre deux petits pivots, de manière que la rétention et l'adhérence soient des plus complètes.

Pour un inlay de petite ou grosse molaire, que l'on prenne une empreinte partielle ou totale, il ne faut pas oublier de toujours prendre l'articulation à la prise de l'empreinte ; l'opération peut se faire avec

une des matières employées pour les empreintes ordinaires mais on préférera la laque, qui donne une plus grande finesse et une exactitude plus rigoureuse que les substances employées ordinairement.

Pour prendre ces empreintes on se sert de cupules spécialement destinées à cet usage ; ces porte-empreintes se font de formes différentes et de grandeurs variées suivant la cavité qui doit recevoir l'inlay. Une douzaine suffit pour tous les cas qui peuvent. La prise de l'empreinte proprement dite n'offre pas de particulatité à signaler ; cependant, si l'on se trouve en présence d'une reconstitution, il faut prendre l'empreinte de la dent tout entière ainsi que celle de sa voisine, de façon à pouvoir faire le bloc de grandeur et de forme convenables ; si cette reconstitution est interstitielle, on prendra l'empreinte de la dent voisine.

Le coulage des modèles se fait comme d'habitude, mais avec beaucoup de soin, pour éviter les bulles.

L'auteur décrit, en terminant, la façon de couler un modèle au spence métal, et il donne pour tous les procédés dont il parle des conseils pratiques qui seront très appréciés de tous ceux qui ne sont pas encore familiarisés avec l'emploi de la porcelaine.

(V. Dubois, Communication au Cercle de D. E. D. P., janvier 1907.)

H. D.

Remarques sur le mécanisme des fractures de la mâchoire inférieure.

M. R. Danis (de Bruxelles), à la suite d'une série de recherches personnelles sur le mécanisme des fractures de la mâchoire, arrive aux conclusions suivantes :

1° Les branches montantes et les condyles ne se brisent que par action directe ;

2° Le corps de l'os se fracture par action directe ou indirecte ; dans les cas où la violence porte sur le devant du menton, le trait de fracture, bien que siégeant à proximité de la contusion, serait le plus souvent de cause indirecte.

Pour le démontrer l'auteur s'appuie sur le fait que le trait suit presque toujours une ligne de moindre résistance, que le périoste est plus souvent déchiré en arrière qu'en avant, que les esquilles sont relativement rares, que la mâchoire offre d'abord au choc la résistance élastique de sa suspension ligamento-maxillaire, élasticité qui cesse au moment où les condyles frappent contre le crâne, après écrasement du conduit auditif. A ce moment, le choc se transforme en pression qui a pour effet de diminuer la courbure de l'os et en provoque la rupture au niveau de la symphyse.

(R. Danis, Soc. belge de stomatologie, 21 oct. 1906, *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie,* 1907, n° 2, p. 115.)

H. D.

Remplacement d'une dent cassée dans un bridge.

Ce procédé consiste simplement à remplacer une dent cassée, par une nouvelle dent que l'on soude directement dans la bouche même du patient sans avoir à enlever le bridge ou la couronne.

Le manuel opératoire est des plus simples.

La préparation de la partie labiale du bridge ou de la couronne cassée, se fait de la même façon que lorsque l'on veut river une dent en remplacement de celle brisée dans un bridge. On choisit une dent de teinte et de dimension appropriées et on l'ajuste à la place qu'elle doit occuper dans les conditions esthétiques les plus parfaites possibles.

Il est moins désagréable pour le patient, et plus commode pour l'opérateur, de prendre l'empreinte de cette face, ainsi préparée, au moyen de la pâte à empreinte pour inlays de Ash. On ajuste ainsi la dent sur un modèle. On essaie dans la bouche, si les crampons ne dépassaient pas suffisamment il faudrait diminuer avec une meule étroite l'épaisseur de la face buccale du bridge, exactement à la hauteur des trous.

Puis, en dehors de chaque trou sur la face linguale, on trace avec une fraise, une rainure perpendiculaire à la direction future des crampons. On enduit les crampons de soudure d'étain, et l'on applique la dent ajustée à sa place définitive, après avoir enduit sa face postérieure d'une légère couche de ciment, sans cependant en mettre sur les crampons.

On prend alors une plaquette de bois (un couvercle de boîte de cigares par exemple) que l'on enduit de 3 à 4 millimètres d'épaisseur de cire. Cette plaquette doit avoir 2 centimètres sur 1.

On applique la face garnie de cire sur la dent en place et avec une pince on retourne les crampons à droite et à gauche. Puis prenant à pleine pince la plaquette de bois et les crampons, on les couche dans leur rainure respective. La plaquette de bois enduite de cire empêche la dent de se briser dans ce mouvement de force.

Après avoir séché la dent et les crampons, enlevé les bavures de ciment, et obtenu une très grande propreté autour des crampons, on rive encore ces crampons au moyen du maillet automatique. Ayant limé préalablement de la soudure d'étain dans un godet, on l'imbibe de quelques gouttes de chlorure de zinc ; on a ainsi une pâte qu'on applique sur la face postérieure de la dent, sur les crampons à souder à cette surface et entre eux. On passe ensuite le thermo-cautère que l'on emploie comme un fer à souder ordinaire.

On renouvelle cette opération autant que cela est nécessaire pour obtenir un bloc d'étain unissant bien les crampons entre eux et la surface du bridge.

(F. MARTIN, Société des dentistes du Rhône, 25 février 1907. *Laboratoire*, 3 mars 1907.)

H. D.

Rapports des variations de grandeur de l'antre d'Highmore à la structure crânienne individuelle et leur importance pratique pour la thérapeutique des suppurations du sinus maxillaire.

Dans une étude sur cette question l'auteur, M. O. Schürch, de Langnau (Suisse), arrive aux conclusions suivantes :

1° Quand le palais est étroit et haut, la perforation du sinus maxillaire par le procès alvéolaire doit rencontrer des difficultés beaucoup

plus considérables que quand le palais est plat. C'est seulement dans ce dernier qu'on peut s'attendre à ce que la paroi osseuse à perforer, qui sépare le sinus du procès, soit mince.

2° Quand le palais est étroit et haut la perforation ou la ponction du sinus maxillaire supérieur par le conduit nasal doit rencontrer des difficultés beaucoup plus considérables que quand le palais est plat à cause de l'élévation du plancher du sinus à laquelle on doit s'attendre. Elle peut même devenir tout à fait impossible quand le plancher de l'antre d'Highmore est très élevé au-dessus du niveau du plancher du nez.

L'étendue plus ou moins grande du sinus maxillaire n'est pas en général dû à autre chose qu'à un processus plus ou moins grand de pneumatisation du massif du maxillaire supérieur et de son voisinage immédiat ; il est donc très naturel que dans des crânes relativement petits on puisse trouver de grands sinus maxillaires et réciproquement.

L'auteur n'a pas recherché si les dimensions du sinus maxillaire sont en raison directe ou inverse de celles des autres sinus.

De nombreux sondages entrepris en ouvrant au ciseau les sinus frontal et sphénoïdal pour en mesurer l'étendue permettent de considérer cette corrélation comme très vraisemblable.

De plus par la détermination du poids des crânes, il a également recherché si un poids moindre de tout le crâne marche de pair avec un petit sinus maxillaire et réciproquement. Dans cette détermination on pouvait certes compter avec quelque certitude sur des résultats exacts,car les crânes étaient conservés depuis des années dans un endroit sec et, par suite, la teneur en eau plus ou moins grande des parties ne pouvait entrer en ligne de compte. A ce point de vue non seulement la corrélation supposée existe, mais même, le poids moyen des crânes à grands sinus maxillaires dépasse notablement celui des crânes avec de petits sinus.

Dans les cas douteux (causes d'erreur dans les pesées) l'opinion de l'auteur a été fortifiée par l'examen des os crâniens. De nombreux spécimens de sa collection furent ouverts au ciseau et au maillet sur divers points et par ce moyen encore il croit être arrivé à ce résultat que dans les crânes à grands sinus maxillaires l'os se rapproche plutôt de la structure spongieuse.

Toutefois l'auteur est loin de considérer ces observations comme des résultats valables d'une manière générale, et il se propose de les vérifier plus tard.

O. Schürch, (*Schw. Viertelj. f. Z.*, 1906, n° 2.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Moyen d'obturer un apex largement ouvert. — L'ouverture de l'apex peut provenir d'une formation incomplète ou d'une perforation accidentelle. Supposons une incisive centrale avec un apex largement ouvert, un abcès chronique et une ouverture fistuleuse sur la gencive. Après avoir nettoyé convenablement le canal, parfois on ne peut pas arriver à maintenir sèche l'extrémité du canal, tous les pansements sont souillés et agissent comme des irritants en empêchant la guérison. Même si l'on parvient à se débarrasser du pus, il y a un suintement continu de liquide sanguinolent à travers l'apex.

Il est impossible alors d'obturer à la gutta, mais avec la méthode suivante on peut mettre une obturation propre et solide dans le foramen apical.

Elargir le foramen avec une fraise Morey en pratiquant un trou rond, dont on mesure la dimension. Mesurer la longueur du canal avec un tire-nerf Donaldson. Avec une fraise Morey un peu plus grande que la première, forer à 1 mm. 1/2 de l'apex, en laissant un épaulement.

Prendre un morceau de fil de platine de la dimension de cette dernière fraise et le réduire sur une longueur d'un millim. 1/2 à la dimension exacte de la fraise Morey plus petite, Placer le fil dans le haut du canal jusqu'à ce qu'il soit tenu solidement par l'épaulement de l'apex.

Retirer le fil et en couper suffisamment pour former une cheville. Nettoyer la racine le mieux possible et remettre la cheville en position : elle aura une surface unie avec le périoste et le reste du canal se séchera aisément et se scellera avec de la gutta.

Pour faciliter le retrait de la cheville, un petit pivot peut être soudé à la surface inférieure de la cheville. *(Brit. J. of. dent. sc.)*

Dentiers temporaires. — Il est très utile de placer très rapidement dans la bouche un dentier provisoire après l'avulsion des dents. Dans bien des cas, il est utile de faire un dentier avant l'extraction afin qu'il puisse être placé immédiatement après celle-ci. Il remplace les dents enlevées et joue le rôle d'une attelle en hâtant la cicatrisation des parties lésées. *(West. Dent. J.)*

Enlèvement des pivots des racines. — Quand une couronne Logan ou autre couronne à pivot s'est brisée, en laissant le pivot

dans la racine, on rencontre souvent de la difficulté à l'enlever. Quand il y a hors de la racine une portion suffisante du pivot pour le saisir, on peut l'enlever à l'aide d'une pince. Si le pivot est brisé à l'extrémité radiculaire ou au-dessous, se servir d'un trépan n° 253 pour entourer la cheville et tailler la racine tout autour, la cheville servant de guide central pour empêcher le trépan d'aller d'un côté et d'endommager la racine. En se servant de cet instrument, éviter de le briser par des efforts brusques ou en laissant des débris y adhérer; pour cela on l'enlève deux ou trois fois pour chasser ces débris. Avec ce procédé on peut enlever tous les pivots de longueur habituelle. S'ils sont trop longs, il faudra, de plus, essayer de les ébranler en les secouant, en forant un trou d'un côté. Peut-être dans ce cas vaudrait-il mieux laisser le pivot et munir la nouvelle couronne d'un tube rigide de la même dimension que le trépan ; la couronne est alors solide et peut être cimentée très commodément. Quand le pivot fait saillie, il peut être préférable de placer dessus une couronne Davis ou autre, au lieu de l'enlever. *(Dental Hints.)*

Moyen d'entretenir la meule du tour humide et propre. — Prendre une petite éponge de forme ovoïde, passer par son centre un vieil excavateur, après l'avoir limé en pointe à une extrémité. Fixer alors un morceau de bois de sapin, de 25 centimètres carrés, à l'établi, un peu en arrière de la meule. Mouiller l'éponge et la tordre assez peu pour l'empêcher de goutter ; enfoncer l'extrémité pointue de l'excavateur dans la planche et laisser l'éponge reposer contre la meule. Quand on cesse de meuler, enlever l'éponge, autrement elle amollit la meule si l'on la laisse en place. *(Brit. J. of Dent. Sc.)*

Traitement préventif au nitrate d'argent. — Le nitrate d'argent provoque la formation de dentine secondaire en transformant la carie aiguë en carie chronique. Il a donc une double action : il rend la dentine décalcifiée moins pénétrable aux acides et facilite l'interposition d'une couche de dentine secondaire entre cette partie et la pulpe vivante. *(Brit. Dent. J.)*

Laquage du bord de l'inlay. — Dans l'inlay, badigeonner les bords de la périphérie de la matrice avec du vernis avant de mettre le corps. Le vernis brûlera et empêchera le gauchissement de l'inlay. La fissure est remplie à la seconde cuisson. *(Western Dental J.)*

Matrice en or. — Il n'est pas nécessaire de mettre la matrice dans le plâtre. Quand on emploie de l'or, on l'empêche de fondre en l'enduisant de rouge, à cause de la grande finesse et de l'affinité de celui-ci pour une surface unie. Le rouge s'achète en poudre et se dilue dans l'alcool et l'eau ; il résiste à la chaleur à un haut degré. *(It. of. int.)*

Cuisez, mais ne brûlez pas la porcelaine. — On fait fondre la porcelaine trop vite d'ordinaire. On obtient un meilleur résultat en prolon-

geant le temps de l'exposition et en modérant l'ardeur du four, autrement on brûle sa porcelaine, au lieu de la faire cuire. (*Dent Surg.*)

Détérioration des instruments. — La détérioration qui résulte de la stérilisation fréquente des instruments par l'ébullition disparaît si on les frotte avec un drap saturé d'une solution aqueuse de 60 grammes de craie préparée, d'ammoniaque et d'alcool. (*Dent. Rev.*)

Moyen d'éviter la rouille. — L'huile de paraffine est le meilleur préservatif contre la rouille. Le meilleur moyen de l'appliquer consiste à en dissoudre une partie dans 200 de benzine, à plonger les instruments dans la solution après les avoir soigneusement séchés et à les chauffer. Laisser la benzine s'évaporer dans une pièce chaude. (*Medical Standard.*)

Savonnage de la courroie du tour. — La courroie ou la corde du tour ne se fendille pas si on la frotte pendant qu'elle va à grande vitesse avec un morceau de savon contenant de la résine. (*Dent. Surg.*)

Plats pour bouteilles d'acide. — Mettre les bouteilles d'acide du laboratoire dans un plat en verre ou en granit ou vernissé, en couvrant d'abord le fond avec une mince couche de soude, pour absorber ce qui s'écoule du goulot et même les vapeurs dans une certaine mesure. Il faut pour chaque bouteille un plat, analogue à ces plats pour éponge dont se servent les employés de banque pour compter des valeurs. (*Office and laboratory.*)

Trop de caoutchouc. — Avec un bon modèle et de bonnes rainures il arrive souvent que la plaque n'adhère pas. Dans 90 0/0 des cas c'est parce qu'on exerce trop de pression pous fermer le moufle, ce qui amène une compression irrégulière du modèle. Pour empêcher cela, presser doucement en enlevant à plusieurs reprises l'excédent de caoutchouc. (*Western Journal.*)

Spence métal. — Le spence métal est composé de 60 parties de sulfite de fer et de 40 parties de soufre. Le point de fusion est 154°. Il est très utile comme modèle d'articulation, car il diminue l'attrition des surfaces antagonistes qui se produit quand des dents ou de la porcelaine sont mises en contact répété avec les dents d'un modèle en plâtre. (*Int. Dent. J.*)

Métal Richmond. — Ce métal offre l'avantage d'avoir un point de fusion très bas (1020 deg. Fahrenheit), ce qui permet de faire un modèle sur une empreinte de gutta. Il se compose de 20 parties d'étain, 19 de plomb, 13 de cadmium, 48 de bismuth, en poids. En estampant une matrice prendre empreinte de la cavité avec de la gutta, mettre dans le plâtre. Inutile d'attendre que le plâtre durcisse ou sèche complètement : deux minutes suffisent pour appliquer le métal Richmond, ce qui donne un poinçon de métal sur lequel on peut estamper une matrice. (*Kansas city Dent. J.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 26 mars 1907.

La Société Odontologique de France a tenu sa séance mensuelle à l'Hôtel des Sociétes savantes, sous la présidence de M. Amoëdo.

M. Amoëdo en prenant possession de ses fonctions de président, a, dans une allocution très applaudie, émis le vœu que tous ceux qui s'occupent d'art dentaire, à quelque degré que ce soit, connaissent enfin une union parfaite qui ne saurait qu'être profitable aux intérêts de la profession et au perfectionnement de notre science.

I. — Les inlays en or creux coulé. Présentation d'un four a fondre l'or pour inlays.

M. Georges Villain expose les avantages réels que l'on peut retirer de l'emploi des inlays d'or, en général. Les plus importants sont : une économie de temps, relativement aux aurifications, ainsi qu'une moindre utilisation de matière, l'inutilité de rendre retentives les cavités à obturer, puisque l'inlay est scellé avec du ciment, qui, en outre, joue le rôle d'isolant, la facilité relative de faire, chez les enfants, des obturations parfaites ; M. Villain entre dans les détails de confection des inlays, d'après sa méthode dont on a lu l'exposé résumé dans *L'Odontologie* (15 mars 1907, p. 227). Il présente ensuite un four destiné à la fusion rapide et parfaite de l'or. Ce four se compose d'un fourneau reverbère dans lequel pénètre un chalumeau de telle façon que la flamme arrive directement sur les parties du revêtement formant creuset. Le chalumeau est composé comme dans les appareils à fondre l'or. C'est un simple tube d'arrivée de gaz, précédé du chalumeau à air, alimenté par un soufflet. Avec ce four, en deux minutes le corps du revêtement est rouge et l'or fondu. La disposition de la flamme permet de laisser à un degré calorique moindre le plâtre entourant la cavité de l'inlay ; on évite ainsi le surchauffement du plâtre, et par suite l'ébullition de l'or qui donnerait un inlay mal fondu.

II. — Inlays en or. Présentation de pièces aux différents stades de la fabrication.

M. Amoëdo décrit sommairement la méthode de M. Hartley (de Dresde) et présente un tableau de différentes phases de la construc-

tion d'un bloc en or, depuis la prise d'empreinte jusqu'à l'achèvement définitif.

III. — NOUVELLE MÉTHODE D'ESTAMPAGE DES PLAQUES EN OR PAR EMBOUTISSAGE. PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE A EMBOUTIR.

M. E. Cramer après avoir vanté la supériorité de l'or sur le caoutchouc en prothèse dentaire expose la méthode d'estampage par emboutissage, méthode que, si nous ne faisons pas erreur, il a présentée il y a deux ou trois ans à la Société d'Odontologie. Il fait remarquer l'inconvénient qu'il y a à estamper les plaques entre deux métaux d'inégale résistance, le modèle en métal mou étant déformé, et cela aux dépens des détails qui ne sont plus aussi parfaitement accusés sur la plaque.

Le procédé qu'il indique consiste à ménager entre deux modèles de métal fusible très dur, à l'aide d'une feuille d'étain estampée, la place exacte de la plaque d'or. Celle-ci fixée sur les bords s'estampe peu à peu ; M. Cramer procède à l'estampage d'un certain nombre de plaques, d'après sa méthode dont l'avantage résiderait dans le fait, affirmé par l'auteur, que la plaque d'or ne s'affaiblirait pas sur certains points de la surface ; elle resterait sur tous ses points d'une épaisseur toujours égale.

Il présente en même temps une presse qui agit par pression directe, en même temps qu'un ressort antagoniste agit dans le sens opposé. Cette presse donne lieu à des remarques judicieuses de M. Franchette, qui indique d'intéressantes modifications pouvant y être apportées.

IV. — APPAREIL POUR L'ESTAMPAGE DE PLAQUES MÉTALLIQUES A L'AIDE D'UN MÉTAL FUSIBLE A BASSE TEMPÉRATURE.

M. Geoffroy donne connaissance à la Société de son procédé très original, que nous avons eu l'occasion de présenter à nos lecteurs (V. *Odontologie*, 30 août 1906, p. 169).

L'assemblée décide de procéder, dans une séance ultérieure, à la discussion de ces deux dernières communications.

H. D.

BIBLIOGRAPHIE

Odontologie (102 pages, avec fig.), par M. MAURICE ROY. [In CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALES. MANUEL DU PRATICIEN, 2 vol. in-8°, H. Paulin, édit., Paris 1906.]

Dans le *Manuel du Praticien*, que publie la librairie Paulin, le fascicule consacré par M. Maurice Roy à l'odontologie vient très heureusement combler une lacune importante de la littérature médicale ; il répond à la nécessité, que personne ne méconnaît, de donner au médecin non spécialiste des notions d'art dentaire lui permettant d'assurer ses diagnostics en rapportant à leur étiologie réelle toutes les affections d'origine bucco-dentaire, ou même de pratiquer, le cas échéant, et en toute opportunité, certaines interventions simples.

Dans un court avant-propos, M. Roy se défend de la prétention de présenter un traité complet, capable de donner au médecin praticien toutes les connaissances nécessaires à l'exercice de la chirurgie dentaire. Son but a été tout différent.

Tout le monde s'accorde à reconnaître combien il est fâcheux de voir le médecin généraliste ignorer tout de la pathologie dentaire ; nous avons tous vu des cas (fistules, ulcérations, adénites, etc...) dans lesquels le traitement s'était prolongé vainement jusqu'au jour où l'origine dentaire de l'affection avait enfin été reconnue ou soupçonnée. D'ailleurs il est juste de mettre cette ignorance de la pathologie dentaire au compte de la pauvreté des programmes d'études, plutôt que d'invoquer le défaut de curiosité scientifique.

D'autre part, rien n'avait été fait, ou presque rien, en vue de l'instruction dentaire des médecins de campagne et des médecins militaires. Que de fois nous avons vu des étudiants en médecine, parvenus au terme de leurs études, et sur le point de s'installer en province, chercher à acquérir des notions d'art dentaire, mais se borner, faute de mieux, à pratiquer quelques essais d'extractions dans des services hospitaliers ou des cliniques.

Et cependant, dans les campagnes et les petites villes, si la région ne possède pas de dentiste, il est d'usage constant que le médecin soit consulté pour l'odontologie : presque toujours alors, le traitement est radical, et se réduit à l'extraction ; souvent même, peu soucieux de compromettre sa réputation d'habileté dans une opération de réussite douteuse, le médecin dégage sa responsabilité en laissant dans cette circonstance aller ses malades vers une personnalité tout à fait étrangère à l'art de guérir, mais qui a acquis la renommée de bien *tirer les dents*.

On doit essayer de réagir contre un tel état de choses, et ce sont des ouvrages du genre de celui de M. Roy qui principalement y contribueront. Le médecin peut et doit intervenir dans les odontalgies, autrement que le davier à la main ; il n'a pas à s'improviser dentiste, mais il doit être à même d'agir avec efficacité dans un certain nombre de cas n'exigeant qu'une thérapeutique simple; même dans des cas plus compliqués, il faut qu'il puisse intervenir de façon à permettre d'attendre les soins minutieux du dentiste ; enfin s'il doit appliquer le traitement antisyphilitique, ce ne sera pas trop exiger de lui que lui demander de pratiquer le nettoyage préventif des dents. D'une façon générale, il devra être en état de poser le diagnostic qui lui dictera sa conduite. Remplaçant le dentiste là où celui-ci n'existe pas, il rendra d'inappréciables services aux populations des campagnes.

C'est à l'obtention de ce résultat que M. Roy a voulu contribuer, en écrivant son manuel. Volontairement il l'a allégé de tout ce qui n'était pas indispensable, et cela n'a pas dû être une des moindres difficultés de réalisation, que de discerner les points à laisser dans l'ombre, et, au contraire, ceux qu'il fallait mettre en lumière ; il y avait là un écueil contre lequel d'autres ont donné, mais que l'auteur a réussi à éviter.

Après un court résumé d'anatomie et de physiologie spéciales, la pathologie dentaire est traitée d'une manière succincte, mais suffisamment explicite, et la thérapeutique est indiquée, avec les développements comportés par chaque cas. Successivement, l'auteur passe en revue les accidents de l'éruption, les anomalies, la carie à ses différents degrés, en détachant, en petits chapitres spéciaux, la pulpite, la périostite, la fluxion, l'abcès alvéolaire ainsi que les autres complications de la carie, tous phénomènes pathologiques dont la pathogénie est, d'ordinaire, pleine d'obscurité et de confusion pour le généraliste. La première partie se termine par un chapitre consacré aux gingivo-stomatites et à leur traitement.

Dans une deuxième partie est décrite la technique simple de l'obturation des dents. Naturellement il n'est pas question de l'aurification ni de la porcelaine, dont le non-spécialiste n'a que faire, de même qu'au chapitre des anomalies, il n'avait été fait mention de la prothèse et de l'orthodontie que pour en signaler toute l'importance.

Un des chapitres les mieux venus est celui qui est consacré à l'extraction, chapitre très complet, où le manuel opératoire est minutieusement décrit. Ici, en effet, il ne saurait y avoir de détail inutile, et, depuis la position réciproque de l'opérateur et du patient, jusqu'à la direction de l'instrument, rien ne doit être abandonné au hasard. La description est faite pour chaque région, dent ou racine, et pour tous les instruments appropriés. Le texte est d'ailleurs très heureusement illustré, pour chaque cas, par des photographies qui en sont une syn-

thèse parfaite en même temps que le meilleur des commentaires.

Après un exposé suffisamment complet de la technique de l'anesthésie locale, l'ouvrage se termine par un essai de séméiologie buccale et dentaire, et un court chapitre consacré à l'hygiène buccale, suivi de quelques formules de dentifrices.

En somme, sous une forme concise, toujours claire, M. Roy a su donner un ouvrage qui atteint pleinement le but poursuivi. Nous sommes persuadé qu'il sera d'une lecture profitable et au généraliste qui y puisera les connaissances qui lui manquent, et au spécialiste dont bien souvent il fixera les idées. On y retrouve d'ailleurs l'ensemble des qualités qui, à l'Ecole dentaire, rendent si précieux l'enseignement de l'auteur. D'un traité didactique, nous croyons que c'est le plus bel éloge qui se puisse faire.

*
* *

Les fistules du cou d'origine dentaire, par M. JEHAN PRUDHOMME. *Thèse de Paris* 1906. Jouve, édit.

M. Prudhomme a été bien inspiré, en prenant, pour sujet de sa thèse inaugurale, les fistules du cou d'origine dentaire, affection qui comporte souvent des erreurs de diagnostic avec leur inévitable suite d'inutiles tentatives thérapeutiques ; en effet, dans les quinze observations annexées à l'ouvrage de M. Prudhomme, l'origine dentaire des fistules a été méconnue huit fois ; il est donc inutile d'insister sur l'intérêt qu'il y avait à revenir sur cette question.

L'auteur étudie longuement la pathogénie de ces fistules, qui s'établissent suivant deux modes : la collection purulente qui s'est formée au niveau de la racine d'une dent, traverse le tissu osseux, puis les parties molles, et sous l'action de la pesanteur donne lieu à un abcès qui, ouvert spontanément ou non, laisse à sa suite une fistule. Il y a ici communication directe avec le foyer de l'arthrite alvéolo dentaire : ce sont des fistules dites « par migration » ou encore fistules dentaires proprement dites. Dans un autre cas, il y a simplement continuité d'inflammation par l'intermédiaire des voies lymphatiques : il se forme à la région cervicale un abcès ganglionnaire aigu, un adénophlegmon dont l'ouverture donne lieu à une fistule. Ici, pas de communication avec le foyer de l'arthrite alvéolaire ; il y a fistule « par continuité d'inflammation » ou « fistule odontopathique ».

M. Prudhomme, qui a eu surtout en vue le côté le plus intéressant de la question, c'est-à-dire le mécanisme et la pathogénie des fistules du cou, consacre quelques pages au traitement qui en effet se déduit de l'origine dentaire; il le divise en procédés de force (extraction, greffe par restitution ou réimplantation, après résection de l'apex infecté, trépanation de l'alvéole permettant de réséquer l'apex *in situ*)

et procédés de douceur, dans lesquels il range les injections de liquides antiseptiques par le canal de la dent.

La thèse de M. Prudhomme constitue une excellente contribution à l'étude des fistules du cou, question dont, au Congrès de Genève de 1906, nous avons eu la bonne fortune de lui entendre faire l'exposé avec une impeccable méthode.

*
* *

Les accidents de la première dentition, par M. P. VANEL. *Thèse de Paris* 1906. Maloine, édit.

La question des accidents de la première dentition soulève toujours des controverses quant à la réalité même de ces accidents. Pour M. Vanel, « au point de vue pathogénique, la dentition doit tenir une place dans les maladies de l'enfance, place modeste il est vrai, beaucoup plus qu'on ne lui a faite pendant longtemps ; mais il est certain que l'évolution dentaire est un facteur étiologique qui n'est pas à dédaigner ». L'auteur expose les opinions opposées, qui cependant ne sont contradictoires qu'en apparence, notamment les théories soutenues ici même par MM. Frey et Roy.

Il admet les accidents de dentition qui, rares chez les enfants bien portants, sont plus fréquents chez les prédisposés et les affaiblis ; ce sont des accidents locaux (douleurs, ptyalisme, gingivo-stomatite, périostite, abcès prédentaire, hémorragie simple gingivale, (cette dernière jamais encore signalée) — ou des accidents généraux — fièvre, troubles digestifs et pulmonaires, convulsion, variations de la courbe des poids, érythème des joues.

M. Vanel rapporte un certain nombre de faits bien observés et termine par des conclusions d'ordre pratique au point de vue de l'hygiène infantile, par lesquelles il s'élève contre la facilité avec laquelle on met au compte de la dentition toutes les perturbations qui surviennent dans la santé des nourrissons, alors que c'est bien souvent l'alimentation défectueuse et la mauvaise hygiène qui sont à incriminer.

*
* *

Curiosités historiques de l'art dentaire, par M. E. GRIMARD. Bourlange, édit. Bordeaux 1906.

Nous avons également reçu les *Curiosités historiques* de l'*Art dentaire* par M. E. Grimard, ouvrage dans lequel l'auteur montre qu'il est un curieux plein d'érudition, un chercheur, en même temps qu'un artiste ; sous une forme attrayante, dans un style toujours clair et souvent ironique, il a présenté une œuvre qui a sa place marquée dans la bibliothèque du dentiste.

HENRI DREYFUS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Le ministre de l'Instruction publique a institué une Commission chargée de rechercher quelles modifications il y a lieu d'apporter dans l'organisation des études médicales. Cette Commission est ainsi composée :

MM. Louis Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, membre de l'Institut, président.

Docteurs Lannelongue, sénateur, membre de l'Académie des sciences, et Dubuisson, député, vice-présidents.

Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, secrétaire général.

Abelous, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; Arloing, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; d'Arsonval, professeur au collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Barth, médecin des hôpitaux de la Seine ; Bazy, chirurgien des hôpitaux ; Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bertrand, directeur de l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux ; Bouchard, de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine ; Brocq, médecin des hôpitaux.

Calmette, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; docteur Cazeneuve, député ; docteur Chapuis, député ; Charpy, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; docteur Charrin, professeur au Collège de France ; Chautard, président du Conseil municipal de Paris ; Cornil, membre de l'Académie de médecine.

Dastre, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Académie des sciences ; Debove, doyen de la Faculté de médecine ; Delaunay, directeur de l'école préparatoire de médecine de Poitiers ; Delbet, chirurgien des hôpitaux ; Delorme, directeur de l'école d'application du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine ; Descoust, président de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine ; Dieulafoy, de l'Académie de médecine ; Dignat, membre du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine ; Dubar, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; Ducor, président de la Société de médecine et de chirurgie pratiques ; Dutard, président du Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine.

Faisans, médecin des hôpitaux ; Foveau de Courmelles, membre de la Société médicale des praticiens.

Gairal, président de l'Union des syndicats médicaux de France ;

Gassot, président de l'Association du concours médical; Gley, agrégé des Facultés de médecine; Glover, secrétaire général du Comité permanent de médecine professionnelle et de déontologie médicale; Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Guignard, de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Jeanne, membre du Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux; Jungfleisch, membre de l'Académie de médecine.

Labbé, sénateur, membre de l'Académie de médecine; Lachaud, député; Landouzy, Le Gendre et Le Noir, médecins des hôpitaux; Le Page, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France; Lereboullet, de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins de France; Lucas-Championnière, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Magnan, de l'Académie de médecine; Malherbe, directeur de l'école de médecine et de pharmacie de Nantes; Mesureur, directeur général de l'administration de l'Assistance publique; Millon, secrétaire adjoint de l'Union des syndicats médicaux de France; Mirman, directeur de l'hygiène et de l'Assistance publiques au ministère de l'Intérieur.

Navarre, président de la 5e Commission du Conseil municipal de Paris.

Passerat, membre de la Fédération des médecins du Sud-Est; docteur Pedebidou, sénateur; docteur Peyrot, sénateur, membre de l'Académie de médecine; Pinard, de l'Académie de médecine; Prenant, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Quénu, président de la Société de chirurgie.

Reclus, membre de l'Académie de médecine; Rénon, agrégé de Paris, médecin des hôpitaux; docteur Reymond, sénateur; Richard-Lesay, ancien président de la Fédération des médecins du Nord et du Pas-de-Calais; Rotillon, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine; Roux, directeur de l'institut Pasteur, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine.

Paul Strauss, sénateur.

Teissier, agrégé, médecin des hôpitaux.

Vaillard, directeur de l'école de santé militaire de Lyon, membre de l'Académie de médecine; Vaquez, président de la Société de l'internat; Viger, sénateur; Widal, médecin des hôpitaux.

D'autre part, le Comité de perfectionnement de l'enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles préparatoires aux études médicales est ainsi composé :

Le directeur de l'enseignement supérieur président, et les cinq membres du Comité consultatif de l'enseignement public dont les noms suivent: MM. Bouchard, Lannelongue, Dastre, Lippmann et Guignard, membres de l'Académie des sciences.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX

On lit dans le *Temps* du 18 mars :

Le dimanche 17 mars a eu lieu l'assemblée constitutive de l' « Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris ». C'est l'illustre chirurgien Lucas-Championnière qui a pris l'initiative de ce mouvement en faveur de l'enseignement libre de la médecine à Paris. A ses côtés les docteurs Babinski, Variot, Hirtz, Béclère, Darier, Bazy, Sergent, etc. Le docteur Souques a été nommé secrétaire général et le docteur Labbé secrétaire général adjoint. Une quarantaine de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux sont venus faire adhésion aux statuts de l'Association.

Cet enseignement nouveau se fera surtout dans les hôpitaux. Mais il y aura aussi un local central où les jeunes médecins et chirurgiens des hôpitaux pourront venir faire des cours et conférences. En outre, cette Association se propose de s'adjoindre au besoin des personnalités médicales ou scientifiques extrahospitalières qui pourraient venir faire des conférences dans le local central.

Cet enseignement nouveau est destiné à compléter heureusement l'enseignement officiel de la Faculté de Paris.

Il convient de féliciter les organisateurs de cette Association de leur initiative, notamment ceux qui font partie du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, comme les Drs Lucas-Championnière et Ed. Hirtz. Il ne faut pas oublier en effet, que les Drs Just et Paul Lucas-Championnière ont été parmi les premiers souscripteurs pour la fondation de l'Ecole dentaire de Paris en 1880.

ENSEIGNEMENT

UNIVERSITÉ DE LEEDS. DEGRÉS EN CHIRURGIE DENTAIRE

Dans une réunion tenue par le Sénat de l'Université de Leeds il a été décidé que les deux degrés conférés en chirurgie dentaire seront *bachelier en chirurgie dentaire* (B. Ch. D.) et *maître en chirurgie dentaire* (M. Ch. D.).

Les candidats au premier de ces degrés devront avoir subi l'examen d'entrée, avoir suivi les cours d'études ci-après pendant cinq scolarités, dont deux à l'Université, postérieurement après avoir passé les 1re et 2e partie du premier examen, et avoir complété ce temps d'apprentissage ou de stage à l'hôpital ou l'un et l'autre conformément aux règlements de l'Université. Pour être admis au degré de bachelier les candidats devront avoir 21 ans au jour de la graduation.

Les candidats devront avoir subi trois examens : le 1er, le 2e, l'examen final.

Chaque examen comprendra des épreuves pratiques.

Avant de se présenter à l'examen, les candidats produiront des certificats constatant qu'ils ont suivi les cours d'études prescrits par les règlements de l'Université sur chacune des matières spécifiées et qu'ils remplissent les autres conditions imposées par les règlements touchant cet examen.

Dans chaque examen les noms des candidats admis seront publiés dans l'ordre alphabétique.

Les candidats à la 1re ou à la 2e partie du 1er examen devront avoir suivi pendant un an au moins à l'Université ou dans une institution reconnue par l'Université des études et des travaux de laboratoire portant sur les matières de l'examen, savoir : 1re partie, physique (cours théorique et laboratoire), chimie organique et inorganique (cours théorique et laboratoire) ; 2e partie, biologie (zoologie et botanique), cours théorique et laboratoire.

Tout candidat à la 3e partie du 1er examen devra avoir passé deux ans dans le service de prothèse d'un hôpital dentaire ou général reconnu, ou en apprentissage chez un chirurgien-dentiste diplômé et enregistré et avoir suivi, pendant un an au moins, des cours théoriques et des cours pratiques approuvés par l'Université sur les matières de l'examen, savoir : mécanique dentaire, y compris les appareils électriques employés en art dentaire (cours théorique et laboratoire) ; métallurgie dentaire (cours théorique et laboratoire).

Il y aura deux sessions par an du 1er examen.

Les candidats au 2e examen devront avoir fait les études suivantes approuvées par l'Université : anatomie (théorique), deux scolarités ; anatomie pratique et démonstrations, y compris la dissection de la tête et du cou, trois scolarités ; anatomie dentaire et physiologie, une scolarité ; microscopie dentaire, une scolarité ; physiologie (théorique), deux scolarités ; laboratoire de physiologie, une scolarité ; histologie pratique, une scolarité ; matière médicale, une scolarité.

Il y aura deux sessions par an du 2e examen.

Les candidats à l'examen final devront avoir fait les études suivantes : chirurgie, deux scolarités ; chirurgie spéciale de la bouche, six leçons ; médecine, deux scolarités ; chirurgie dentaire et pathologie, deux scolarités ; dentisterie opératoire, une scolarité ; démonstrations sur les anesthésiques, deux scolarités.

Les candidats devront présenter des certificats constatant qu'ils ont fait deux ans de stage médical, chirurgical et dentaire dans les hôpitaux reconnus par l'Université et qu'ils ont reçu l'enseignement pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'anesthésie. Chaque candidat devra avoir été interne pendant trois mois dans chaque cas dans un hôpital reconnu par l'Université.

Il y aura deux sessions par an du 3e examen.

(Dental Surgeon.)

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Nous avons publié dans le n° du 30 octobre 1905 un jugement du Tribunal de Château-Thierry. L'affaire étant venue en appel devant la Cour d'Amiens, nous donnons ci-après l'arrêt rendu par celle-ci.

Médecine-chirurgie. — Chloroformisation. — Décès. — Action en responsabilité. — Alcoolisme. — Absence de contre-indication. — Anesthésie justifiée. — Défaut d'avertissement. — Absence de faute.

Cour d'appel d'Amiens (1re Ch.): 14 février 1906.

« Un médecin qui, préalablement à une opération douloureuse, a procédé à la chloroformisation d'un patient selon toutes les règles de l'art, ne saurait être tenu responsable du décès de celui-ci au cours de l'anesthésie, sous prétexte qu'il était un alcoolique et que, son infirmité ne mettant pas sa vie en danger, on n'aurait pas dû l'anesthésier.

» D'une part, en effet, l'alcoolisme n'est pas une contre-indication du chloroforme, et, d'autre part, la chloroformisation diminue plutôt qu'elle ne les augmente les dangers des opérations en supprimant des souffrances qui amèneraient des syncopes mortelles plus fréquentes que l'anesthésie.

» On ne saurait davantage lui faire grief de n'avoir point averti le patient des risques d'ailleurs hypothétiques auxquels l'exposait la chloroformisation, le danger d'une mort subite paraissant résider surtout, en ce cas, dans l'impressionnabilité personnelle du sujet, laquelle se trouverait singulièrement augmentée, par un pareil avertissement, en sorte que le devoir du médecin est au contraire de rassurer son malade.

» Spécialement, il en est ainsi lorsque les propos tenus par ce dernier lui ont suffisamment révélé qu'il savait, comme tout le monde d'ailleurs, que l'emploi du chloroforme n'est pas exempt de péril.

Consorts P. c. Dr B.

« La Cour,

» Considérant que, sur une demande en 50.000 francs de dommages-intérêts formée par les consorts P. contre B., à la suite du décès de P. survenu au cours d'une anesthésie par le chloroforme, le Tribunal de Château-Thierry a, par jugement du 14 décembre 1904, commis le docteur S., médecin à Paris, comme expert à l'effet de rechercher si le docteur B. avait commis une imprudence ou une négligence pouvant engager sa responsabilité ;

» Considérant que l'expert a déposé son rapport le 17 avril 1905 ;

» Considérant qu'il résulte de ce rapport que B. a pris des précautions suffisantes pour l'administration du chloroforme, et que le décès de P., au début de l'absorption de cet anesthésique, ne saurait engager sa responsabilité ;

» Considérant que les premiers juges ont déclaré entériner le rapport de l'expert, et ont ainsi reconnu qu'aucune faute n'était imputable à B., en ce qui concerne la façon dont il avait procédé à la chloroformisation ;

» Considérant qu'ils ont cru néanmoins pouvoir le déclarer responsable de la mort de P. et l'ont condamné à payer aux consorts P. une somme de 8.000 francs à titre de dommages et intérêts; qu'ils ont basé leur décision sur l'imprudence qu'aurait commise B. en ayant recours à l'emploi du chloroforme : 1° alors que P. était atteint d'alcoolisme et sujet à des syncopes qui rendaient la chloroformisation particulièrement dangereuse ; 2° alors qu'il était atteint d'une infirmité qui ne mettait pas sa vie en danger ; qu'ils ont ajouté que, tout au moins, B. aurait dû, ce qu'il n'a pas fait, prévenir P. des dangers médiats ou immédiats auxquels l'exposait l'anesthésie ;

» Considérant qu'il y a lieu, pour la Cour, d'examiner successivement la valeur des trois arguments invoqués par les premiers juges ;

» 1° Alcoolisme et syncope ;

» Considérant que P. avait, il est vrai, certaines habitudes d'intempérance ; mais que tous les médecins sont unanimes à affirmer que l'alcoolisme n'est pas une contre-indication à l'emploi du chloroforme ;

» Considérant qu'il est constant que, dans les hôpitaux de Paris, on chloroformise fréquemment des ouvriers blessés, alors qu'ils sont en état d'ivresse, afin de pouvoir procéder sans retard à l'opération nécessaire ;

» Considérant que les deux syncopes, plus ou moins complètes, que P. avait éprouvées sous l'influence de la douleur provoquée par les mouvements du bras ne prouvaient nullement qu'il fût prédisposé à une syncope, lorsque l'abolition de la douleur aurait été obtenue par l'anesthésie ;

» 2° L'infirmité de P. ne mettait pas sa vie en danger et l'on n'aurait pas dû l'anesthésier ;

» Considérant qu'il n'est pas sérieux de prétendre que l'on ne devrait recourir à l'emploi des anesthésiques que quand la vie du patient est en péril ; qu'une telle limitation priverait les blessés et les malades atteints d'affectations graves, nécessitant l'intervention du chirurgien, du soulagement que leur procure l'anesthésie ;

» Considérant que la chloroformisation diminue plutôt qu'elle ne les augmente les dangers résultant des opérations ; que les souffrances, souvent intolérables que les opérations occasionnent, amèneraient certainement des syncopes mortelles plus fréquentes que l'anesthésie ;

» 3° Défaut d'avertissement à P. ;

» Considérant que les chances de mort que fait courir la chloroformisation sont des plus restreintes (1/2000) ;

» Considérant que le danger d'une mort subite paraît résider surtout dans l'impressionnabilité personnelle du patient ; que cette impressionnabilité, et par suite le danger lui-même, seraient augmentés, si on le prévenait de tous les périls médiats ou immédiats auxquels peut l'exposer hypothétiquement, d'ailleurs, l'emploi de l'anesthésie ;

» Considérant que le devoir du médecin est, au contraire, de rassurer le malade, de lui inspirer confiance et de chercher à bannir de

son esprit des appréhensions qui ne pourraient que lui être funestes ;

» Considérant, au surplus, que si B. n'a pas formellement averti P. des dangers que présentait la chloroformisation, celui-ci ne les ignorait pas puisqu'il a dit au sieur D., qui prêtait son concours à B. : « Tu viens assister à mon enterrement » ;

» Considérant que ce propos ne prouve certainement pas que P. redoutait la mort, car, dans ce cas, il n'eût pas consenti à se laisser anesthésier ; mais qu'il en ressort tout au moins qu'il savait, comme tout le monde d'ailleurs, que l'emploi du chloroforme n'était pas exempt de péril ;

» Considérant, en résumé, qu'à aucun point de vue, B. ne saurait être déclaré responsable de la mort du malheureux P. ;

» Par ces motifs,

» Dit qu'il a été mal jugé ; infirme le jugement du Tribunal de Château-Thierry, et, faisant ce que les premiers juges auraient dû faire ;

» Rejette la demande des consorts P. ; les déboute de tous leurs fins, moyens et conclusions, dans lesquels ils sont déclarés mal fondés ; les condamne aux dépens de première instance et d'appel.

M. Lefaverais, av. gén. — Mes Brissart (du barreau de Reims) et Develenne, av.

NOTE. — La question de savoir si le médecin ou le chirurgien est tenu d'avertir le malade des risques auxquels l'expose une médication ou une opération dangereuses est une question de fait. En principe, l'avertissement est obligatoire, mais il est telle circonstance qui peut la rendre inutile ou même nuisible. C'était le cas en l'espèce et l'arrêt paraît devoir être approuvé. Sur le principe de l'avertissement, comp. Aix, 22 octobre 1906 rapporté ci-dessus.

(Gazette du Palais des 2-3 déc. 1906).

NÉCROLOGIE

SIR MICHAËL FOSTER

Nous apprenons la mort de Sir Michaël Foster, un grand savant, dont nous avons parlé à maintes reprises depuis qu'il voulut bien apporter l'appui de sa haute autorité scientifique à la F. D. I. en présidant les travaux de la session de Cambridge en 1901. Il était en mauvaise santé depuis quelque temps et dans un court séjour à Londres, son état empira et il est décédé le 29 janvier 1907 par suite d'un arrêt du cœur consécutif à une hémorragie.

Il était né le 18 mars 1836 à Huntingdon et avait par conséquent 71 ans. Son père était chirurgien dans cette ville, et sa famille, riche et bien posée était très connue dans la région.

Michaël Foster entra d'abord au collège d'Huntingdon où il resta jusqu'à 13 ans, puis étudia à Londres à l'école du collège de l'Université (Gover street) jusqu'à 16 ans, âge auquel il se fit immatriculer au collège de l'Université. Jusque-là il n'avait pas montré d'aptitudes spéciales pour les sciences, mais il fit bientôt preuve d'une grande habileté dans toutes les études auxquelles il se livra, remportant tous les prix principaux. A l'examen de baccalauréat il obtint la bourse classique ; comme il avait 18 ans (1854) il décida de suivre la carrière de son père et entra dans la section de médecine du collège. Il y remporta le prix de physiologie et se livra dès lors à des travaux originaux.

A 23 ans il était docteur en médecine et il retourna à Huntingdon pour y exercer avec son père.

En 1867 il obtint à Londres une chaire de professeur de physiologie pratique au collège de l'Université et fut nommé professeur titulaire 2 ans après.

En 1870 il fut nommé maître de conférences de physiologie au Trinity Collège, à Cambridge.

En 1872 il fut élu membre de la Société royale et en 1881 il fut nommé secrétaire de cette Société, poste qu'il occupa jusqu'en 1903. En 1883 il fut nommé professeur de la chaire de physiologie à Cambridge, qui venait d'être créée, et qu'il occupa pendant 20 ans. C'est durant cette période qu'il exécuta ses plus grands travaux.

En 1889 il fut élu président de la British Association et il reçut le titre de Sir (titre de chevalier et de baronnet qui se place devant le nom de baptême) ; de 1900 à 1906 il fut membre du Parlement comme représentant l'Université de Londres.

Il est l'auteur d'un certain nombre d'ouvrages dont le plus remar-

quable est son traité de physiologie, qui a eu plusieurs éditions et a été traduit en allemand, en italien et en russe.

Il donna un exemple de sa largeur de vues en 1901, lors de la réunion de la F. D. I. à Cambridge où, comme vice-chancelier de l'Université, il prononça son mémorable discours de bienvenue au nom de l'Université devant les délégués de la profession dentaire de dix-sept pays. Nous avons eu fréquemment l'occasion de signaler ce discours et d'en citer quelques passages. Il était très libéral, très attaché à l'idéal de la vérité et de la justice scientifique, il avait un grand cœur et un grand esprit, et dans cette circonstance il fit l'impression d'être un grand patriote et un grand philanthrope. Ses paroles, sa personnalité, son internationalisme resteront toujours gravés dans le souvenir de ceux qui furent assez heureux pour assister au meeting de la F. D. I. à Cambridge.

Lors de la réception des dentistes hollandais par la section des comtés de l'Est de la B. D. A. à Cambridge, il prononça un de ses discours caractérisques en se servant de *l'entente internationale*, convaincu que l'un des grands effets de la science serait probablement de rapprocher entre eux les peuples du globe.

Il fut un des premiers membres de l'Université à étudier l'Esperanto, qu'il prônait avec enthousiasme, il était président honoraire du groupe esperantiste local.

Il fut marié deux fois: en 1863 à Georgina Gregory, qui mourut en 1869 ; en 1872 à Marguerite-Sarah Rush. Il laisse un fils et une fille.

(*Dental Cosmos*, mars 1907.)

On annonce la mort, à l'âge de 60 ans, de M. Huguet, ingénieur des chemins de fer de l'Etat, membre du Conseil technique de l'Ecole dentaire de Paris. Comme conseil technique de l'Ecole il avait rendu de grands services à l'institution lors de la construction de l'immeuble de la rue de La Tour-d'Auvergne.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

Nous apprenons la mort de M. Edgar Combes, conseiller d'Etat, fils de l'ancien président du Conseil, décédé à Versailles des suites de l'opération de l'appendicite.

M. Edgar Combes portait beaucoup d'intérêt à l'Ecole dentaire de Paris, à laquelle il a donné son appui en diverses circonstances, comme son père du reste, qui fait partie du Comité de patronage de l'Institution et qui était venu la visiter officiellement en 1896, alors qu'il était ministre de l'Instruction publique.

Nous adressons à M. Emile Combes et à sa famille nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

Nominations.

M. Grimbert, docteur ès-sciences, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, dont nous avons annoncé récemment la nomination comme pharmacien en chef des hôpitaux, vient d'être nommé titulaire de la chaire de chimie biologique récemment créée à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Nous lui adressons nos bien vives félicitations.

Nous apprenons la nomination de M. Poiret, démonstrateur à l'École dentaire de Paris, comme chef du service dentaire du bureau de bienfaisance de la ville d'Asnières.

*
* *

Nous profitons de cette occasion pour rectifier une erreur typographique qui s'est glissée dans notre numéro du 15 novembre, p. 431, et qui nous a fait annoncer la nomination de M. Point, au lieu de celle de M. POIRET, comme démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

Groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris.

Une assemblée générale plénière de l'*Association générale des dentistes de France* et de la *Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris* aura lieu le samedi 20 avril 1907, à 8 heures 1/2 du soir, au siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;

2° Rapports entre les deux Sociétés (Rapport de M. Francis Jean) ;

3° Réformes et orientation professionnelle ;

4° Propositions diverses.

Une réunion spéciale de l'Association générale se tiendra après la réunion plénière, s'il y a lieu, pour adopter les décisions prises.

Dans le cas où la question des réformes et de l'orientation professionnelle, mise à l'ordre du jour à la demande de la Société d'Odontologie, ne pourrait être épuisée, elle serait renvoyée à une nouvelle assemblée générale.

*
* *

L'*Annuaire* pour 1907 va être distribué à très bref délai aux membres du Groupement.

*
* *

La Société d'Odontologie de Paris organise pour le dimanche matin une séance de démonstrations pratiques, qui aura lieu à l'Ecole dentaire de Paris.

La séance mensuelle du soir se tiendra le lundi 22 avril à 8 h. 1/2.

Société Odontologique Suisse.

Ainsi que nous l'avons annoncé, la XXe assemblée générale annuelle de la Société Odontologique Suisse aura lieu les 25, 26 et 27 mai à Lucerne.

A ce propos le Comité nous prie d'informer nos lecteurs que tous les confrères français sont cordialement invités à prendre part aux travaux du congrès.

Société coopérative des dentistes de France.

La Société coopérative vient d'agrandir ses magasins sociaux et, à cette occasion, a fait aménager deux salles d'exposition où les coopérateurs pourront examiner sur place les fauteuils, tours électriques de divers systèmes, meubles, vitrines, etc., dont ils désireraient faire l'achat.

Le Conseil d'administration de la Société doit se réunir prochainement pour arrêter les propositions de répartition de bénéfices applicables à l'exercice 1906. Les résultats de l'inventaire annuel sont des plus satisfaisants et confirment les progrès constants et rapides de cette branche du groupement professionnel.

Distinction honorifique.

Nous apprenons la nomination de M. Levadour père, membre de l'Association générale des dentistes de France, au grade d'officier de l'Instruction publique.

Nous lui adressons nos bien sincères félicitations.

Mariages.

Le 3 avril a eu lieu le mariage de M. Paul Barré, chirurgien-dentiste à Nantes, avec Mlle Louise Creston, de Saint-Nazaire, fille du

courtier maritime, membre de la Chambre de Commerce, Consul du Pérou.

Nous apprenons le mariage de M. Henri Pittet, D. E. D. P., beau-fils de notre confrère M. A. Meunier, avec Mlle Etiennette Roussel.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Association des femmes dentistes.

L'assemblée générale de l'Association des femmes dentistes américaines a été tenue à Philadelphie le 3 mars 1906, sous la présidence du Dr H. Belle Whitcomb. L'assemblée a élu son bureau pour 1906-1907, dont tous les membres sont des femmes.

TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

? N° 241. — *Quelles sont les conditions présentant les meilleures garanties pour le chirurgien-dentiste et l'opérateur ?*

? N° 242. — *Quelle est la forme du contrat généralement adoptée ?*

? N° 243. — *Quelles sont les différentes façons de régler les honoraires de l'opérateur, suivant qu'il fait ou ne fait pas de prothèse ou qu'il fait certains travaux spéciaux (aurifications, bridges, etc., etc.) ?*

? N° 244. — *Dans le cas où l'opérateur qu'on prend doit devenir dans la suite acquéreur, quelles sont les conditions à établir pour la garantie réciproque des intérêts* (a) *du cabinet;* b) *du vendeur ;* c) *de l'opérateur*) ?

? N° 245. — *Y a-t-il plusieurs modes de cessions de cabinets ? (Cabinet comprenant matériel et clientèle ; ou : matériel à part, clientèle à part et de ce dernier cas sur quelle base établir l'estimation ?)*

? N° 246. — *Quelles sont les usages et conditions généralement adoptés pour la cession d'un cabinet offrant le plus de garanties pour l'acquéreur et le vendeur (séjour et présentation, contrôle du chiffre d'affaires, etc., etc.).*

? N° 247. — *Quelle est la forme du contrat généralement adoptée ? (sous seing privé ou acte).*

? N° 248. — *Quels sont les usages et conditions en cas d'achat ou de vente d'un cabinet* après décès du titulaire ?

J S. G.

27e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1907 VOL. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR LES BRIDGES FIXES AMOVIBLES, PHYSIOLOGIQUES

Par Georges VILLAIN,

Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, le 11 décembre 1906.

(Suite.)

Il existe des bridges qui, étant fixes, peuvent entrer dans la catégorie des bridges dits physiologiques ; ce sont les bridges de très courte étendue n'ayant qu'un seul point d'appui fixe, le second n'étant que posé sur une obturation. Ils ont été décrits et étudiés tout particulièrement par M. W. Davenport ; toutefois je ne puis plus suivre notre distingué confrère lorsqu'il étend sa méthode à des bridges de plus de deux dents, ces appareils entraînant, par la longueur du bras de levier qu'ils forment, les conséquences antiphysiologiques contre lesquelles je me suis élevé précédemment ; de plus, ils ne peuvent pas suffisamment satisfaire aux règles de l'hygiène.

La méthode de M. W. Davenport[1] permet la conservation de la pulpe des dents employées comme points d'appui — leur nettoyage est facilité par la possibilité de passer des fils de soie sous le bridge, entre celui-ci et les points d'ap-

1. Voir Congrès International, Paris 1900. Vol. IV.

pui ; il laisse les mouvements physiologiques de la dent pilier libre ; mais l'effort masticatoire s'exerçant effectivement sur une seule dent, je ne crois pas que, étendus à plus de deux dents, ces bridges puissent remplir toutes les conditions que nous exigeons des bridges dits physiologiques; pour les mêmes raisons nous devons condamner les bridges à extension (Canteliver bridge) sans point d'appui extrême.

Pour les petits appareils à pont, d'une ou de deux dents je préconise donc le bridge inamovible à un seul point d'appui fixe et, si l'on veut éviter la dévitalisation, on emploie avec avantage les couronnes du Dr W. Davenport, Carmichael Staple crown. Les inlays en or à double contour, c'est-à-dire s'étendant sur les faces distale, mésiale et occlusale d'une même dent, peuvent trouver leur application en certains cas.

Nous avons étudié précédemment les conditions thérapeutiques et physiologiques qui doivent guider l'opérateur dans la construction des travaux à pont. Nous venons de voir quels sont les bridges pouvant remplir ces exigences lorsqu'il n'y a qu'une ou deux dents à remplacer ; voyons maintenant si nous pouvons réaliser mécaniquement toutes ces conditions, indépendantes et solidaires les unes des autres, pour les bridges d'une étendue variée.

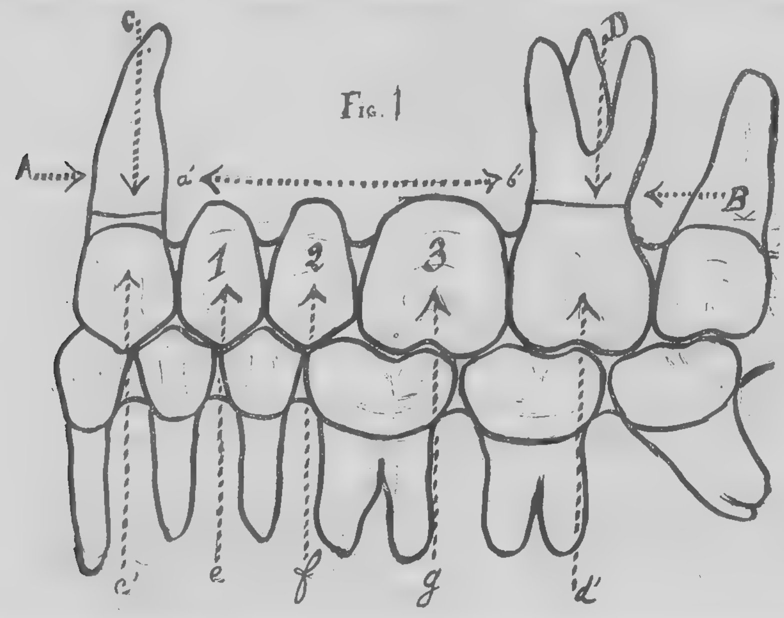
CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES. — I. *Le bridge doit être amovible pour satisfaire aux lois de l'hygiène, pour permettre le repos des organes sur lesquels il s'appuie, pour être facilement réparé.* — L'amovibilité a été résolue depuis longtemps ; sans entrer pour l'instant dans la technique de construction des bridges amovibles, il nous suffira de rappeler que le principe est, d'une part, la dent à pivot à gaine, d'autre part, la couronne dite télescope, accessoirement l'inlay d'or amovible s'emboîtant dans un autre inlay métallique préalablement fixé à la dent [1].

II. *Il doit reposer non seulement sur les dents ou*

---

1. Nous renvoyons pour les bridges amovibles, couronne télescope, etc. au très intéressant travail du Dr J. Peeso, de Philadelphie, publié dans l'*American text book of Dental Prothesis* du Dr Turner. Edition 1907.

racines lui servant de point d'appui, mais aussi sur la plus grande surface possible des bords alvéolaires, afin de mieux équilibrer la résistance à l'effort masticatoire et diminuer ainsi le surmenage imposé aux dents ou racines employées comme piliers. — Si nous examinons la figure 1 nous voyons que la ligne pointillée représentant les résultantes du polygone des forces de notre dévoué maître C. Godon ne peuvent s'équilibrer comme elles



le font normalement lorsque tous les organes sont présents.

Les forces A, B sont équilibrées par la résistance qu'offre le corps rigide du bridge a′ b′. Les forces C, D sont équilibrées par les forces c′ d′, mais les forces e′ f′ g′, ne rencontrant aucune force opposante, agissent entièrement et uniquement sur les forces C, D et l'équilibre est interrompu, le résultat physiologique est le surmenage des deux organes servant de point d'appui, P, P.

Pour obvier dans la mesure du possible à ce surmenage, nous devons faire reposer les dents fantômes 1-2-3 sur une plaquette appelée *selle*, placée à cheval sur le rebord alvéolaire et occupant, au minimum, la surface des dents manquantes.

Aux forces e, f, g, sera donc opposée la force de résistance du rebord alvéolaire, soutien naturel des dents, et apte par conséquent à supporter cet effort. Il suffit d'avoir une selle fortement appuyée sur les tissus : cela s'obtient facilement en mettant en place la selle estampée, tandis que l'on prend l'empreinte, et en faisant mordre et maintenant les maxillaires fortement serrés sur un corps dur quelconque placé entre la selle et les dents antagonistes.

III. *Il ne doit pas nécessiter la disposition parallèle des dents ou racines choisies comme point de rétention, afin de réduire au minimum l'affaiblissement de ces points d'appui et d'en permettre l'usage maximum quant au nombre.* — Le parallélisme est facilement évité par l'emploi des pivots à rotule de M. Touvet-Fanton pour les dents uniradiculaires, et par les couronnes à genouillère pour les molaires. Je n'insiste pas sur l'affaiblissement causé aux racines par la recherche du parallélisme : nous avons tous connu cette difficulté, insurmontable en certains cas, qui oblige parfois celui qui veut faire usage d'un bridge amovible à abandonner ce dernier pour un bridge fixe.

Un des avantages les plus intéressants des piliers mobiles est de permettre, par suppression du parallélisme, l'usage de toutes les racines ou dents dont on a besoin pour la rétention ou la résistance à l'effort masticatoire.

IV. *Il ne doit pas immobiliser les dents ou racines sur lesquelles il s'appuie.* — Outre l'indépendance que les points d'appui doivent avoir par rapport aux bridges, indépendance purement physiologique, il est utile de ne pas immobiliser entre elles les dents ou racines afin qu'elles conservent leur indépendance anatomique. Si nous considérons une dent, elle se comporte comme une articulation et pour cette raison nous devons lui conserver l'indépendance de son mouvement alvéolaire (indépendance physiologique) ; il est donc nécessaire de mobiliser les piliers, mais si nous considérons les dents dans leur ensemble, si nous considérons l'arcade tout entière, nous reconnaîtrons la nécessité de maintenir l'indépendance de ces dents les unes

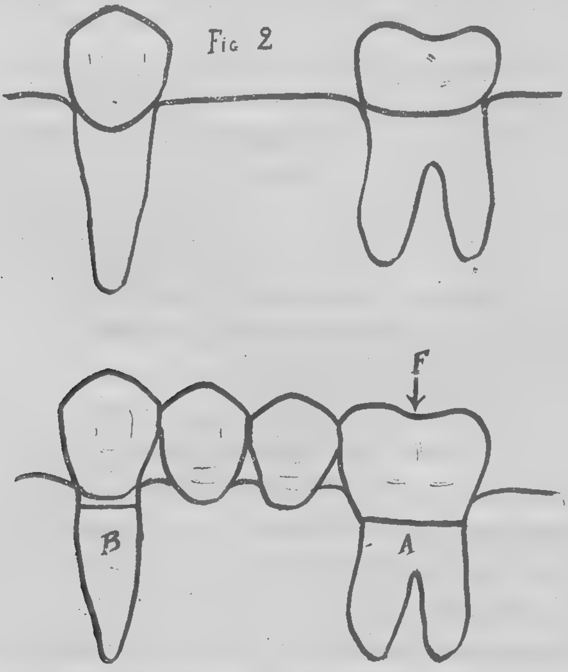
vis-à-vis des autres. Sans cesse en effet nous voyons des changements s'opérer dans cette arcade par suite des efforts constants de la nature pour maintenir l'équilibre entre les différents organes dont l'usage est soumis à tant de variations ; cet équilibre est nécessaire à l'harmonie du système dentaire pris dans son ensemble ; mais, pour permettre à chacun des organes de ce système, à la dent, de jouer son rôle, il lui faut l'indépendance que nous lui trouvons dans la bouche normale, indépendance anatomique. Pour illustrer cette théorie, il nous suffit de remarquer les modifications qui se produisent dans la position des dents voisines ou antagonistes d'une dent extraite, ou même d'une dent cariée ayant perdu son point de contact avec l'organe voisin ; par ses migrations, si je puis m'exprimer ainsi, chaque dent contribue à rétablir l'équilibre compromis ; cet équilibre ne peut pas toujours se rétablir complètement, mais maintes fois cependant nous l'avons constaté, et toujours nous observons que la nature, dans son amour absolu de l'harmonie, a tenté de remédier le mieux possible à la perte d'équilibre.

Pour ne pas immobiliser entre elles les dents ou racines auxquelles nous avons recours dans la construction d'un bridge, nous pouvons nous servir, en les combinant, de pivots à rotules ou de pivots à mortaises rotatives reliés à des couronnes à genouillère par une glissière cylindrique permettant ainsi la rotation, les mouvements de latéralité et l'éloignement ou le rapprochement des organes.

V. *Il ne doit en rien diminuer la liberté physiologique des organes qu'il utilise et qui doivent se comporter normalement comme une articulation, réduite, mais existante.* — La liberté physiologique des organes doit être respectée dans toutes les directions où elle peut se manifester. Or ces directions sont régies par les mouvements latéraux et de prognathisme du maxillaire inférieur pendant la mastication ; en conséquence, ces mouvements doivent être buccaux, linguaux, mésiaux, distaux, et comportent accessoirement la rotation.

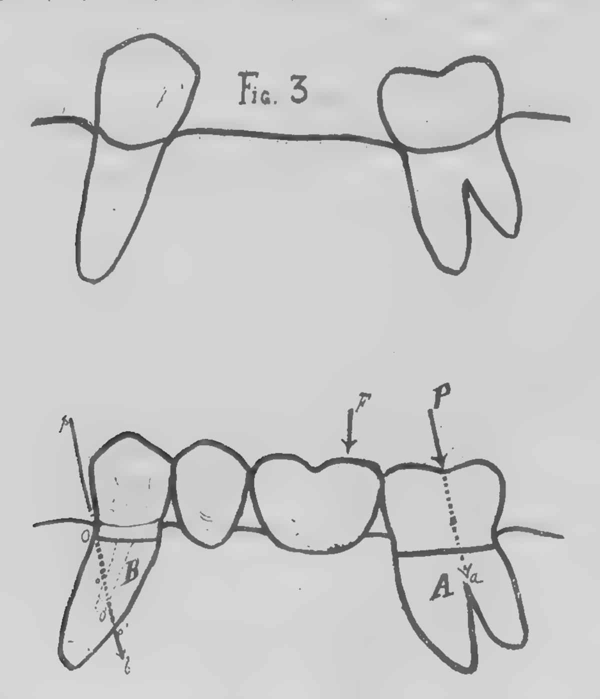
Pour ceci il faut avoir recours aux points d'appui mobiles. Dans un bridge de grande étendue, formant un arc d'au moins un demi-cercle, les pivots à rotules peuvent être exclusivement employés. Au contraire, si le bridge ne forme pas un arc de cercle suffisant, nous ne pouvons avoir recours à eux, car le bridge ne serait plus fixe, il roulerait sur ses points d'appui ; il faut donc combiner les pivots à mortaises avec les pivots à rotules ou les couronnes à genouillère afin de conserver la liberté physiologique des dents ou racines, indépendamment et simultanément, tout en maintenant la stabilité du bridge qui les relie.

VI. *Les pressions exercées pendant la mastication doivent agir* directement *sur le point qui reçoit la pression avec le minimum de répercussion sur les autres points de l'appareil, afin d'éviter l'action de levier qui ébranle le point d'appui en proportion directe de leur éloignement du point sur lequel s'exerce la force.* — Supposons un bridge (fig. 2) sur lequel l'effort masticatoire



se produirait en F; la racine A s'enfonçant dans le ligament et le bridge étant rigide, qu'adviendra-t-il de la racine E,

servant de point d'appui à la partie opposée du bridge? Si ces deux piliers sont parfaitement parallèles, l'invagination dans le ligament sera sensiblement égale; mais si au contraire, et cela est presque une règle générale, ces deux piliers sont obliques et non parallèles; si surtout, comme dans la figure 3, les racines sont obliquement et inversement placées (cas fréquent), le corps rigide du bridge agira comme un bras de levier et, quoique imperceptible, ce mouvement anormal répété fréquemment, pendant la mastication sur B (fig. 3), précipitera sa perte par ébranlement et sur-

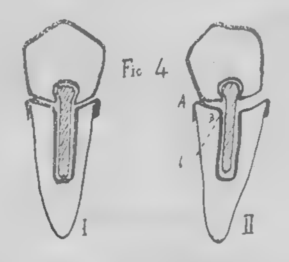


menage; ou encore, accident trop commun, par la fracture de la racine, d'autant plus que celle-ci est affaiblie par le pivot, surtout dans la recherche du parallélisme. Les lignes pointillées P, A et p, B indiquent la direction de la force pendant la mastication en un point F (par exemple) du bridge fixe et rigide, et montrent en O, o et O′, o′ la partie fragile de la racine B où nous remarquons si fréquemment des fractures.

Supposons maintenant que le bridge soit physiologique,

que la racine A (fig. 3) soit munie d'une couronne à genouillère à *contact continu* et que B soit muni d'un pivot mobile à *contact continu*. La force masticatoire s'exerçant en P ne sera répercutée que sur P, grâce à la mobilité de la couronne et du pivot, tandis que si elle s'exerce en F par exemple, l'effort sera réparti sur la selle surtout, les racines auront à supporter un certain effort proportionnellement à leur éloignement, mais cet effort se répercutera toujours suivant l'axe de la dent ou racine, puisque celle-ci reste en *contact continu* avec le bridge tout en étant mobile sous lui. Je vous signale ce point important du *contact continu* des points d'appui avec le bridge pendant le déplacement des organes en rapport avec le corps du bridge.

VII. *Les surfaces de point d'appui (racine ou dent) en rapport direct avec le bridge doivent conserver un contact parfait, quelle que soit la position oblique prise par ces points d'appui ou le bridge.* — Cette condition est essentielle et nécessite l'emploi des couronnes à genouillère ou des pivots mobiles, *à contact continu*, déjà mentionnés. Un bridge qui remplirait toutes les autres conditions sauf celle-ci ne pourrait être considéré comme physiologique ; ce serait un bridge amovible supprimant le parallélisme des points d'appui, mais ce ne serait pas un bridge physiologique. En effet, si nous examinons la fig. 4 (I) re-



présentant la coupe longitudinale d'une couronne à pivot mobile (à rotule) montée sur racine et si nous supposons que la couronne, sous une pression masticatoire s'exerçant en un point quelconque du bridge auquel cette dent servirait de points d'appui, prenne une position oblique comme le montre la fig. 4 (II), nous remarquons qu'un seul point

de cette couronne est en contact avec un seul point de la racine B ; tout l'effort, toute la pression agit donc en (*a*) et il est facile de concevoir quel en sera le résultat : à un moment donné la racine sera fracturée en B, b, comme l'indique la ligne pointillée. Les couronnes doivent donc, tout en étant mobiles, garder un contact parfait avec la surface de la racine sur laquelle elle est appuyée. Les couronnes à genouillère et les pivots mobiles à *contact continu* nous donneront sur ce point entière satisfaction.

VIII. *Il doit se rapprocher autant que possible des organes qu'il est destiné à remplacer tant en volume qu'en fixité.* — Pour le volume, il suffit de se servir des selles ; quant à l'immobilité du bridge, elle est obtenue à l'aide des pivots à rotules, des pivots à mortaises et des couronnes à genouillère combinés.

J'ai joint à ce travail quelques dessins et coupes des moyens mécaniques permettant d'obtenir ces différents mouvements et leur compensation ; j'apporte également un modèle sur lequel j'ai monté le squelette d'un bridge combiné avec les différents pivots ou couronnes mobiles et permettant de voir les mouvements que peuvent exécuter les racines, le bridge restant immobile.

Je ne vous présente pas ces différentes combinaisons de points d'appui mobiles comme étant définitivement établies, j'ai voulu seulement vous montrer le principe ; le champ de l'ingéniosité reste grand ouvert quant à ces pivots ou couronnes mobiles [1].

---

1. Dans un prochain article nous publierons les dessins et coupes des moyens mécaniques permettant d'obtenir les différents mouvements des points d'appui des bridges physiologiques, leur construction et leur emploi.

UN CAS D'ACTINOMYCOSE[1]

Par L. BIGAIGNON.

Il s'agit d'un malade âgé de 32 ans ayant habité la province jusqu'à l'âge de 25 ans ; il est de constitution plutôt chétive, mais n'est pas tuberculeux et n'a jamais eu la syphilis. Rien d'anormal comme antécédents héréditaires. Il avait une grosseur de la dimension d'une noisette au niveau du maxillaire inférieur, côté droit, depuis le mois de mai 1905. Il avait essayé diverses pommades sans résultat.

Au mois de mai 1906, un mois après le début, la grosseur s'accentue et augmente de volume ; la peau devient parcheminée, violacée et comme cicatricielle.

Inquiet, le malade vient me voir sur les conseils de son médecin qui, lui ayant vu quelques racines cariées de ce côté du maxillaire, conclut à une carie de l'os.

A l'examen, la face de ce côté, sur une étendue englobant une partie du cou et de la joue, avait un très vilain aspect. La peau était dure, adhérente à l'os, violacée et présentait à deux endroits différents des fistules à rebords bourgeonnants.

La pression était totalement indolore et faisait sourdre un pus granuleux qui, examiné au microscope, donnait la disposition radiaire caractéristique du grain actinomycosique.

A l'intérieur de la bouche, existaient les deux racines des prémolaires et la gencive était bourgeonnante et suppurante.

Le diagnostic posé, je fis l'extraction des racines et un lavage abondant et profond. Le liquide ressortait par les fistules qui communiquaient avec les cavités alvéolaires.

J'instituai immédiatement le traitement à l'iodure de potassium, persuadé que, comme dans les autres cas déjà communiqués par moi, j'aurais une guérison certaine sous huit jours. Mais les choses n'allèrent pas si bien et c'est là que le cas devient intéressant.

1. Communication à la Société médicale du Xe arrondissement.

Du lundi 11 mai au vendredi, 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Aucune amélioration.

Du samedi 16 mai au 20, 4 grammes par jour. Pas d'amélioration.

Du jeudi 20 mai au 27, 5 grammes. Légère amélioration.

Nous augmentons la dose en présence de cet encouragement et la portons à 6 grammes du 28 mai au 10 juin inclus.

A ce moment, l'examen me permet de constater que la tumeur a diminué des trois quarts, que l'empâtement, sans avoir disparu, est moins étendu, que la peau est plutôt rosée, quoique encore parcheminée. Les fistules ont disparu, mais il reste à leurs places une sorte de boursoufflure qui indique que tout n'est pas fini.

En effet, vers le 15 juin, malgré la continuation du traitement à raison de 6 grammes par jour, une nouvelle fistule se produisait à côté d'une des anciennes. Le traitement est continué malgré tout, mais en diminuant les doses, car l'estomac du malade est fatigué et lui-même semble déprimé malgré la grande quantité de lait qu'il absorbe en plus d'une nourriture très substantielle.

Du 15 juin au 30, il prend 3 grammes de KI par jour et l'état reste stationnaire, c'est-à-dire que la tumeur n'augmente pas, mais ne diminue pas non plus.

Le 1er juillet, je lui conseille d'aller passer quelque temps à la campagne et d'abandonner provisoirement tout traitement afin de remettre un peu son système général ébranlé.

Étant à la campagne, il reste sans aucun traitement médical du 30 juin au 6 août.

A ce moment, de lui-même, il reprend l'iodure, en augmentant progressivement la dose et la portant de 3 à 6 grammes, puis la diminue du 20 au 25 août, époque à laquelle il n'en prenait plus que 2 grammes par jour.

Le malade revient me voir le 27 août.

La tumeur, grosse comme une noix, est toujours dure; la peau quelque peu violacée encore ; il existe toujours de l'adhérence et une légère fistule qui suinte de temps en temps.

Je mets le malade au traitement à l'iodo-peptone, 5 gouttes trois fois par jour.

Le 1er septembre, je porte la dose à 10 gouttes trois fois par jour jusqu'au 10.

Enfin l'amélioration constatée étant très encourageante, j'augmente la dose jusqu'à 15 gouttes matin, midi et soir et la maintiens ainsi jusqu'à fin septembre, car l'amélioration s'accentuant de plus en plus je commençais à espérer une prochaine guérison.

En effet celle-ci se produisit graduellement et, dans les premiers jours d'octobre, le malade était radicalement guéri. La tumeur avait disparu ; la peau, toute balafrée de tissus cicatriciels dans le sens du maxillaire, avait l'aspect de grosses rides tendues, mais avait repris sa couleur normale et ne présentait plus d'adhérence pas plus que de fistules.

La gencive était complètement guérie et le malade aujourd'hui reprend à vue d'œil une santé longtemps ébranlée physiquement et moralement.

J'ai tenu à vous signaler ce cas, car, ce n'est pas un cas d'actinomycose banale. D'ordinaire, le diagnostic posé et le traitement à l'iodure de potassium institué, l'affection cède dans la quinzaine du traitement, ainsi qu'il en a été dans les autres cas que j'ai communiqués à la Société l'année dernière.

Le traitement a duré dans le cas présent de mai à octobre à des doses élevées d'iodure de potassium, puisqu'il a été maintenu à 6 grammes par jour pendant longtemps.

Le malade a très bien supporté cette médication et s'est très bien soumis à toute l'expérience.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LE PERBORATE DE SOUDE
SES DIVERSES APPLICATIONS EN ART DENTAIRE

Par F.-L. PACHE.

Nous avons publié en 1905 (nº du 15 septembre, p. 217) une étude sur le perborate de soude. M. Pache consacre à ce produit dans la *Revue trimestrielle suisse d'Odontologie* un intéressant article dont nous détachons divers passages.

M. Pache rappelle d'abord le procédé suivant indiqué par M. Siffre dans la *Revue Odontologique* d'avril 1905:

« J'ai utilisé le perborate de soude, mais pas comme eau oxygénée » à proprement parler. On la porte difficilement dans une cavité, on » l'y maintient aussi difficilement.

» J'ai remplacé l'eau par de la glycérine, et le mélange non point » préparé à l'avance, mais au moment de m'en servir.

» Le procédé est simple : trois ou quatre gouttes de glycérine dans » un petit godet en porcelaine. Une pelle à sel de perborate. Je » triture le tout et la pâte formée est portée dans la dent à traiter, » soit en pinçant un peu avec la pince à pansement, soit en chargeant » un peu d'ouate qui entrera librement dans la cavité, soit en chargeant » — *larga manu* — une sonde à canal chargée d'ouate.

» Dès que ce mélange de « glycérine oxygénée » est en contact » avec les tissus, il se produit une effervescence. Une quantité de » mousse sort de la dent ou du canal.

» On continue par plusieurs manœuvres semblables et, au moment » où l'on croit avoir atteint le maximum des effets que peut produire » cette glycérine oxygénée, on lave avec de l'alcool à 90° et l'on » sèche avec de l'air chaud, et l'on fait une obturation avec la pâte » peroxyde de zinc et eugénol, puis gutta-percha pour protéger.

» On constate, au contact de la glycérine oxygénée, la mauvaise » odeur qui se dégage des boules ou mèches d'ouate, mais qui, très » vite, disparaît. Cela ne veut pas dire que tout est stérilisé après ces » manœuvres, car l'oxygène n'est peut-être pas assez puissant pour » pénétrer dans les tissus dentaires infectés et tuer aussi bien les » anaérobies et surtout les aérobies. Aussi, après l'action de l'oxy- » gène, je conseille celle de l'acide sulfurique. Alors je suis plus sûr » du résultat. Je passe sur les opérations subséquentes. Elles restent » les mêmes après tous les antiseptiques, et l'obturation ne change » pas selon qu'on change le mode de stérilisation. »

La méthode de M. Siffre, dit M. Pache, présente les avantages suivants :

1° Facilité d'emploi, car, sous la consistance d'une pâte molle, le perborate de soude est porté et maintenu facilement dans la cavité ;

2° Il se produit immédiatement un dégagement de gaz oxygène à l'état naissant, dont le pouvoir antiseptique est considérable, gaz pénétrant dans tous les recoins de la cavité, chose que les liquides ne peuvent faire ; il se produit une action chimique détruisant les microbes, aérobies et anaérobies, une action mécanique qui chasse au dehors les impuretés diverses dont les cavités sont envahies.

M. Siffre emploie le perborate incorporé à la glycérine également pour la désinfection des caries du 2e et du 3e degré.

Il l'a aussi employé en poudre pour le coiffage de la pulpe : après désinfection de la cavité, il applique une très petite quantité de perborate en poudre sur la pulpe avant de la coiffer. Le perborate se résorbe, paraît-il, très facilement, ainsi que l'oxygène formé. Ce procédé présente un inconvénient consistant dans la douleur survenant après l'application, douleur assez vive causée par l'action directe de l'oxygène à l'état naissant sur la pulpe ; cette douleur est du reste de fort courte durée.

Je me sers du perborate de soude, depuis dix mois environ, dans les cas les plus divers, et je possède actuellement 112 observations de traitements qui m'ont tous donné, sauf dans six cas, des résultats absolus dès la première séance. Sur ces six cas, deux ont donné des résultats à la seconde application, deux ont été abandonnés, le patient n'étant pas revenu ; je dois dire qu'il s'agissait de racines de molaires inférieures et que je ne puis garantir avoir réussi à isoler complètement mon champ opératoire. Les deux autres ont échoué sans raison plausible.

. . . .

Je n'ai pas procédé, comme M. Siffre, en incorporant de la glycérine à mon perborate, sauf dans un cas récent et qui, je dois le dire, me paraît avoir donné d'excellents résultats ; j'ai introduit mon perborate, qui m'était fourni au début en poudre impalpable, au moyen d'un instrument à porter l'amalgame, et je l'ai forcé dans la cavité au moyen de mèches de coton, puis j'ai saturé d'eau. Je crois que ce moyen est préférable à celui de la glycérine, d'abord parce que la glycérine ne paraît pas avoir une action sur le perborate, et que par conséquent l'oxygène qui se dégagera sera dû à l'action des moisissures seulement, tandis qu'en imbibant d'eau le perborate, après l'avoir porté dans a cavité, on lui fera dégager son maximum d'oxygène ; de plus, la glycérine contient trop souvent des acides, ce que l'on cherche à éviter.

Le perborate, tel qu'il m'a été fourni dernièrement, se trouve comprimé assez fortement dans des boîtes et se présente sous la forme

de petits morceaux de différentes grandeurs, détachés de la masse, et qui sont aisément transportés dans les cavités au moyen de brucelles.

La quantité d'oxygène dégagé théoriquement par 25 centigrammes de perborate (quantité correspondant à peu près à celle introduite dans les cavités), en présence d'eau, doit être de 2, 4 centigrammes, soit en volume 17 centimètres cubes d'oxygène libre, c'est-à-dire égale à l'effet de 100 centimètres cubes d'eau oxygénée à 17 0/0. Ces chiffres m'ont été fournis par M. le premier assistant du chimiste cantonal (Dr Valencien).

Après avoir introduit le perborate et l'avoir imbibé d'eau, j'ai attendu environ huit minutes, quelquefois dix; l'effervescence disparaissait à peu près dans ce laps de temps et la mousse, qui après avoir envahi la cavité entièrement et avoir débordé, ne manifestait plus d'activité; après avoir fait des irrigations d'eau oxygénée à deux volumes pour nettoyer ma cavité, j'ai desséché à l'alcool et à l'air chaud, introduit une mèche d'essence de cannelle dans les canaux, et obturé provisoirement à la gutta-percha, sauf dans quelques cas où j'ai dû immédiatement obturer mes canaux et obturer définitivement la dent. J'ai préféré, par simple mesure de prudence, attendre huit à dix jours avant de procéder à une obturation définitive, mais je suis persuadé que l'action anti-germicide de l'oxygène est suffisante pour détruire dès la première séance toute trace d'infection; d'autre part l'innocuité absolue du perborate ne laissant pas craindre des accidents du côté du périoste, il paraîtrait logique d'obturer dès la première séance. Je ne suis pas partisan de l'emploi de l'acide sulfurique après une application préalable de perborate, d'abord parce qu'il me semble inutile, et ensuite parce que le grand avantage que je trouve au perborate c'est qu'il est inoffensif, et qu'il peut être manié sans s'entourer de toutes les mesures de prudence indispensables avec l'emploi de l'acide sulfurique, de l'eau régale, du potassium, sodium et autres caustiques divers qui rendent certainement de grands services, mais doivent être maniés avec une grande dextérité et une grande prudence. Pour le blanchiment des dents, j'ai obtenu instantanément de l'eau oxygénée à 150 et 200 volumes en ajoutant deux gouttes d'acide sulfurique dilué à 50 0/0 à 25 centigr. de perborate, ce qui m'a donné une certaine quantité d'eau oxygénée, plus du perborate en excès; il est en effet préférable, bien que dans ces cas l'on opère dans des cavités dont la racine est hermétiquement fermée, d'avoir du perborate en excès au lieu d'avoir de l'acide sulfurique libre et de l'eau oxygénée.

En résumé :

Le perborate de soude est un nouveau médicament qui semble rendre de grands services en chirurgie dentaire, grâce à ses propriétés qui sont les suivantes :

1° Une conservation facile, puisqu'il n'est pas altéré, même dans des flacons non bouchés à une température inférieure à 40° ;

2° Un pouvoir antiseptique considérable, grâce à l'oxygène naissant qu'il dégage ;

3° La propriété de donner en solution dans l'eau une eau oxygénée de 2 à 4 volumes, à réaction alcalinée, remplaçant avantageusement toutes les eaux oxygénées médicinales, eau pouvant se produire facilement au moment où l'on en a besoin ;

4° En ajoutant de l'acide citrique ou tartrique, il donne une eau oxygénée au titre désiré, neutre ou acide légèrement, selon les besoins et dans ce dernier cas, une acidité inoffensive ;

5° Dans les cas de carie du quatrième degré les plus compliqués, il remplace avantageusement les antiseptiques employés jusqu'à présent, et qui sont caustiques ou toxiques et d'un maniement dangereux ;

6° Il est employé avec succès dans toute antisepsie buccale et dans toute inflammation ;

7° Il peut être mis dans toutes les mains, même les plus inexpérimentées, grâce à son innocuité parfaite ;

8° Il permet d'obtenir, pour le traitement des dents colorées en gris, bleu ou violet, à la suite soit de la décomposition de la pulpe et de la mortification des fibrilles dentinaires, soit de l'emploi de certains agents de pansements, particulièrement des sels mercuriels, une eau oxygénée à un titre des plus élevés, permettant le blanchiment en une seule séance ;

9° Il est un excellent dentifrice qui remplacerait, n'était son goût désagréable, les pâtes et poudres les plus renommées.

REVUE ANALYTIQUE

Il y a une occlusion idéale des dents dans le maxillaire humain. — Emploi de crampons verticaux pour la rétention de dentiers partiels. — Sur le traitement du prognathisme.

Il y a une occlusion idéale des dents dans le maxillaire humain.

Je considère comme insensée la vieille théorie *des grandes dents et des petits maxillaires*. Essayer de prouver par cette théorie qu'il n'y a pas d'occlusion idéale, c'est imiter un homme qui se noie et qui saisit une paille. Prétendre que ces cas, qu'on suppose résulter de croisements de races, doivent être traités par l'extraction et que la nature commet de telles erreurs peut expliquer pourquoi d'aucuns pensent qu'une occlusion idéale comme celle qui existait à l'état sauvage suivant ce type est différente de ce que nous voyons aujourd'hui. Le fait que les dents des sauvages anciens et modernes présentent une usure excessive des dents antérieures et des dents postérieures prouve seulement qu'il existait une occlusion idéale ou normale qui était nécessaire pour faire un usage convenable des dents au point de vue de la mastication. La perte d'une dent quelconque aurait détruit l'occlusion et détruit le type facial. La perte d'une dent quelconque dans la famille humaine de nos jours, même si l'individu est supposé être un spécimen de dégénérescence physique, détruirait de même l'occlusion idéale et la beauté faciale. L'homme moderne demande une occlusion normale, comme le faisait le sauvage aussi bien pour l'usage que pour la beauté. La nature veut qu'il l'ait, mais l'*odontocide* dit non.

Etudiez la nature et ses lois, interprétez ses désirs et vous verrez qu'il existe une occlusion idéale ou normale des dents dans le maxillaire humain.

(*Dent. Cosm.*, mars 1906.)

Emploi de crampons verticaux pour la rétention de dentiers partiels.

Le crampon peut être un simple fil métallique ou une boucle de fil métallique ou une bande étroite d'une matière formant ressort ayant la forme de la dent. Il se fixe à la plaque opposée au collet de la dent qui doit servir de support et s'étend verticalement vers la face triturante de la dent. Il peut s'étendre de façon à former un crochet, qui, reposant sur la face triturante, empêche en outre la plaque de presser trop fortement sur les tissus mous. Le crampon vertical a la plus grande utilité quand les dents sont longues, quand elles sont coniques en se rétrécissant rapidement vers les gencives, surtout quand l'espace laissé par les dents perdues est occupé en partie par les dents voisines, qui laissent un vide plus grand au niveau du collet.

L'auteur, M. J.-B. Davenport, discute l'avantage et les inconvénients des crampons horizontaux ou verticaux, en disant que les seconds ne doivent pas être employés quand ils doivent s'adapter à des dents courtes à surfaces parallèles. Les deux genres peuvent convenir à la même plaque quand l'état de la bouche d'un côté diffère de ce qu'il est de l'autre.

(J.-B. DAVENPORT, *Dent. Brief*, février 1906.)

Sur le traitement du prognathisme.

Lorsque l'arcade dentaire est régulière dans chaque maxillaire, il est important, au cas de prognathisme inférieur, de maintenir cette position pendant le traitement. A cet effet l'auteur met un fil sur la face linguale des dents inférieures, tandis qu'il fixe les canines supérieures aux molaires de 6 ans à l'aide d'un autre fil. Il surélève l'articulation par des couronnes qu'il fixe aux molaires de 6 ans.

Sur les couronnes de la mâchoire inférieure se trouve un tout petit crochet. Les canines, qui sont reliées aux molaires de 6 ans, sont munies d'un anneau auquel est soudé en avant un petit bouton. Au maxillaire inférieur le fil est coupé au milieu pour que tout l'appareil soit dérangé si un des côtés se détache. Au maxillaire supérieur on a de même renoncé au fil d'une canine à l'autre.

Lorsque l'appareil a été fixé au ciment, on place un caoutchouc, en bas, d'une molaire de 6 ans à l'autre, en haut d'une canine à l'autre, et l'appareil commence à fonctionner.

Par l'action permanente du caoutchouc, l'arcade alvéolaire inférieure est portée en avant dans la direction sagittale, tandis que l'arcade supérieure, toujours dans une direction sagittale, est portée en arrière. L'auteur a eu de bons résultats avec cet appareil au bout de onze semaines. Il place un appareil de maintien, en se servant des quatre couronnes qu'il relie entre elles par un fil. Il soude à la face buccale des couronnes supérieures un crochet qui à l'occlusion des mâchoires répond au bouton soudé à la face buccale des molaires inférieures.

(Emile HERBST, Brême, *Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde*, 5 février 1907.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Protection de la porcelaine pendant la soudure. — Recouvrir la porcelaine de papier d'asbeste mince saturé de la mixture qui sert à investir, en engageant les extrémités libres dans le corps du revêtement. Le papier protège pendant l'opération contre l'action directe de la flamme. (*Dental Register.*)

Nouvelle propriété de l'aluminium. — Une propriété de l'aluminium consiste dans son emploi comme agent aiguisant ; l'effet qu'on obtient ainsi pour aiguiser les couteaux est étonnant. Bien qu'il soit un métal, l'aluminium a la structure d'une pierre fine, et, quand on s'en sert pour repasser, il développe une substance métallique excessivement fine, d'aspect gras, qui a une grande affinité pour l'acier. Les rasoirs repassés ainsi obtiennent un tranchant que la meilleure pierre ne peut donner. (*Scientific American.*)

Transformation d'une aurification en inlay. — Très souvent une grande obturation de contour dans une incisive tombe par suite de la carie au bord ou par suite d'une préparation défectueuse. Dans le premier cas enlever la carie et retailler la cavité, en évidant les bords, sauf quand la carie les a envahis. Mettre du platine mince au 1/1000 sur la cavité et presser l'obturation en place. Toute extension de la cavité peut être obturée avec de l'or éponge ou cristal. Enlever le tout soigneusement en fixant un petit morceau de cire à la spatule, en chauffant, et presser contre l'obturation de façon que la matrice, l'obturation et les prolongements d'or soient tenus ensemble. Mettre dans le plâtre, enlever la cire, et couler un peu de soudure à 22 c. aux points utiles pour unir l'obturation à la matrice, ou au contour si c'est nécessaire. Plonger l'inlay et le revêtement très chauds dans l'eau pour les séparer. Plonger dans l'acide nitrique, puis dans une solution de soude. Cimenter en place et finir avec des pierres, disques, etc. Cela ne prend pas la moitié du temps qu'exige une aurification et donne une meilleure opération dans une dent fragile. (*Exchange*).

Choix d'une teinte pour couronne. — Mettre la couronne en place, placer un grand miroir à bouche en arrière et comparer les couleurs. Les nuances se montreront et contrasteront plus distinctement par ce moyen. (*Dent. Brief.*)

Rétention des dentiers. — Laisser si possible deux racines dans chaque mâchoire pour servir de support à la pièce. Ajuster à chaque racine une coiffe en or et un tube, dans lequel on adapte un pivot à la plaque. La stabilité que donne même une seule racine ainsi traitée est surprenante. (*Dent. Record.*)

Rétention des obturations plastiques. — Des crampons à double tête faits avec du fil de cuivre métallique plaqué d'or et coupé à la longueur voulue donnent une bonne rétention pour les grandes obturations dans les dents fortement cariées. On peut les cimenter à des endroits convenables à angles opposés, de façon à donner une bonne rétention. On peut se servir de crampons de platine de vieilles dents, ainsi que de petites vis employées par les ébénistes. (*Items of. int.*)

Pose d'un pivot pour couronne Davis. — Préparer la couronne et le pivot comme à l'ordinaire, remplir la poche de la couronne avec du soufre en poudre, passer la couronne à la flamme jusqu'à ce que la poudre se liquéfie, insérer le pivot et le maintenir en position jusqu'à ce qu'il soit froid. Un pivot ainsi fixé ne peut s'enlever sans qu'on brise la couronne. Cette méthode convient pour placer les dents sans pivots dans le bridge sur tous les bridges à dents amovibles. (*Dent. West. J.*)

Cavités proximales. — Quand, en creusant une cavité composée dans une dent, on trouve une tache sur la dent voisine en face de la cavité, si le patient est jeune et si la carie est active, l'enlever immédiatement et obturer. Si le patient est relativement âgé et si le progrès de la carie s'arrête chez lui, cet enlèvement n'est pas justifié. (*Dent. Rev.*)

Moyen d'empêcher l'alliage des couronnes avec du métal fusible. — Ne jamais s'en servir. Il arrive cependant que beaucoup de praticiens préfèrent cette méthode de façonner la coquille et, pour se débarraser du métal, jettent celle-ci et son contenu à basse fusion dans un bassin d'eau bouillante placé sur une flamme ou bien chauffent la coquille elle-même.

Dans le premier cas la coquille est en contact avec le fond du bassin et devient une partie de celui-ci ; comme conséquence elle absorbe une petite quantité du métal fusible et, malgré qu'on la traite plus tard dans un bain d'acide, elle s'allie à celui-ci pour toujours. Dans le second, quelque habile que soit l'opérateur, un peu de métal adhère à la surface inférieure de la coquille ; son enlèvement parfait est alors presque impossible. Il en résulte la fusion de la partie alliée pendant la cuisson ou le renforcement avec la soudure, sinon la couronne devient verte. (*Dent. Surg.*)

Oxyphosphate de cuivre. — L'oxyphosphate de cuivre est une matière excellente pour obturer les sillons des premières molaires. On l'introduit aisément en séchant simplement les cavités et en les obturant sans se servir d'aucun instrument, si ce n'est une petite sonde pour en-

lever les particules alimentaires; avec un peu d'alcool et de chloroforme on sèche et l'on dissout toute substance grasse dans les sillons.

L'oxyphosphate de cuivre peut être coulé dans les sillons de la dent défectueuse et y reste pendant des années. (*Dent. Surg.*)

Stérilisation de la bouche. — M. Register a des patients qui viennent le voir tous les dix jours pour se faire soigner la bouche. Il emploie un bain germicide coloré qui teinte les dépôts mucoïdes sur les dents, qu'il lance sous forme de jet avec de l'air fortement comprimé entre les dents et dans les poches alvéolaires. Si une des dents n'est pas nettoyée ainsi, la matière colorante indique la place où le polissage doit intervenir pour débarrasser la dent des dépôts susceptibles de provoquer la carie ou de former un foyer d'infection. (*Dental Brief.*)

Matrice pour tasser la porcelaine. — Plus le corps est tassé dense, moins il y a de rétrécissement. En construisant la couronne d'une grosse molaire à finir avec une contre-plaque, les crampons étant solidement engagés, couper une bande d'acier en feuille très mince et la serrer avec la coiffe avec un étau à vis. Huiler la face intérieure de la matrice pour empêcher la matrice d'adhérer. On peut alors tasser le corps de la couronne très rapidement et solidement, en absorbant l'humidité de la surface de temps en temps avec du papier buvard. Construire assez haut pour que les cuspides fassent saillie, puis desserrer l'étau qui tient la matrice. Le ressort d'acier laisse échapper donnant un beau contour et une surface unie. Après avoir découpé assez des dents de plâtre voisines pour laisser 1/6 au rétrécissement, la dent est placée dans l'articulateur et les cuspides sont taillés. Ajouter avec une brosse les formes spéciales de contour. On obtient une bonne surface finale avec de l'amidon mou, sec ou légèrement humide sur la surface presque sèche du corps. (*Dent. Surg.*)

Moyen de préserver de la rouille les aiguilles hypodermiques. — Sécher les aiguilles avec des jets d'air chaud au moyen de la poire et l'aiguille se conservera très longtemps. (*Dent. Surg.*)

Protection des surfaces de porcelaine pour la soudure. — Si des surfaces de porcelaine dans le bridge sont enduites de sandaraque avant la mise en plâtre, et si l'on a soin de chauffer complètement celui-ci avant de commencer la soudure, la porcelaine ne se fendillera pas ou ne cassera pas ou du moins fort peu.

Polissage des plaques. — Employer de la ponce pulvérisée mouillée avec du *savon*, en se servant de cônes de drap ou de la brosse à roue. Elles sont plus propres que si l'on mouille la ponce avec de l'eau et l'on gagne du temps.. (*Dent. Surg.*)

Remplaçant du platine. — Un américain, M. Charles Birmingham, vient de composer, dit-on, un nouveau métal de couleur gris blanc, ayant même poids spécifique et même poids atomique que le platine, fondant à 2000° c., extensible, martelable et devenant suffisamment malléable à une température beaucoup plus basse pour être travaillé.

Il peut être employé à confectionner des creusets et autres ustensiles de laboratoire, n'est pas attaquable par les acides, il peut être laminé et étiré en fils fins. (*Zahntechn. Rund.*, n° 16, 1906.)

Encre pour flacons de verre. — Les étiquettes de papier sur les flacons de verre ne durent pas très longtemps et sont peu pratiques pour les flacons à acide. L'encre suivante ne peut s'effacer : à 20 g. de vernis brun ajouter 150 c.c. d'alcool à brûler, puis à 35 gr. de borax ajouter 250 c. c. d'eau ; on verse avec précaution la première solution dans la seconde et l'on y ajoute une substance colorante, par exemple du violet de méthyl. (*Zahn. Ref.*, n° 10, 1906.)

Séparation des modèles de plâtre. — Le prof. Port, de Heidelberg, a imaginé le procédé suivant pour séparer les modèles de plâtre. Il se servit d'un liquide dont il avait reçu un échantillon pour former la couche intermédiaire, faciliter notablement la séparation des couches de plâtre et rendre inutile l'immersion des empreintes dans l'eau de savon. Le seul inconvénient consistait en ce que le liquide n'était que faiblement coloré en jaune et que la limite entre les empreintes n'était pas aussi marquée que si l'on emploie de la gomme laque ou si l'on colore le plâtre. Il ajouta donc de l'éosine soluble dans l'alcool et la séparation se fit parfaitement.

Après des essais divers il arriva à la conclusion suivante : quatre parties d'huile de ricin, une partie d'alcool, avec une trace d'éosine soluble dans l'alcool. Comme l'huile de ricin est très bon marché, 100 gr. de cette solution reviennent à 30 cent. environ. L'emploi de cette solution offre deux avantages : 1° pas de production d'une couche intermédiaire comme avec la gomme laque, car le plâtre boit l'huile ; 2° inutilité de l'immersion dans l'eau de savon. (*Korrespond. f. Zahn*, 2, 1906.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DU 21 AVRIL 1907

La Société d'Odontologie a organisé le dimanche 21 avril, à l'École dentaire de Paris, une séance de démonstrations pratiques à l'occasion de la réunion de l'assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France.

I. — *Laryngectomie totale exécutée sur le cadavre,*
Par le professeur P. Sebileau.

M. Sebileau a eu pour but de montrer l'état dans lequel se trouve l'opéré, après la laryngectomie totale, c'est-à-dire au moment où il est confié aux soins du prothésiste appelé à lui confectionner un larynx artificiel.

Avant d'exécuter cette opération sur un cadavre qu'il avait fait apporter de l'amphithéâtre de Clamart, M. Sebileau en a décrit sommairement le manuel opératoire, dans une courte leçon où toutes ses qualités d'exposition, de clarté et de méthode ont, une fois de plus, été appréciées par tous les auditeurs.

La laryngectomie, de par la facilité d'accès de l'organe, semblerait devoir être une opération sinon facile, au moins exempte de complications ; bien au contraire, elle constitue une des opérations chirurgicales les plus meurtrières, à cause de la continuité du larynx avec la trachée, ce qui expose le malade à la broncho-pneumonie post-opératoire, à cause de la proximité du pharynx, auquel les nécessités opératoires contraignent de faire une brèche plus ou moins large, enfin à cause de la zone celluleuse dans laquelle se trouve noyé le larynx, et qui est susceptible de s'infecter avec une grande facilité.

D'une façon générale, pour mettre l'opéré dans les meilleures conditions, l'opération doit être faite en deux fois. Dans une première opération on fait la trachéotomie, de façon que l'organisme puisse s'accommoder aux nouvelles conditions de respiration, et ait plus de résistance pour lutter ensuite entre les complications possibles du fait de la laryngectomie proprement dite.

Pour sa démonstration, M. Sebileau réunit les deux opérations. Il tire une longue incision verticale allant de la partie supérieure du cartilage thyroïde jusqu'aux anneaux supérieurs de la trachée, ainsi

que deux incisions perpendiculaires à la première, à chacune des extrémités.

La trachée est ouverte, séparée complètement du cricoïde ; on la tire fortement en avant à l'aide de fils, et elle est suturée de très près à la peau ; sur l'opéré vivant l'anesthésie se continue par la canule que l'on introduit dans la trachée. Revenant au larynx, M. Sebileau rejette de chaque côté les lambeaux latéraux, en serrant le plus possible la paroi cartilagineuse ; tissu cellulaire, muscles et même périchondre (quand celui-ci est intact), tout doit être conservé, de façon à obturer ultérieurement l'orifice artificiel dû à l'effondrement de la paroi pharyngée. Le larynx est saisi dans une pince à tractions et est extirpé peu à peu, avec la constante préoccupation de raser le cartilage. Il va sans dire que, sur le vivant, l'opération doit être aussi exsangue que possible. Il n'y a plus qu'à faire la reconstitution de la région, et c'est alors qu'interviennent tous les tissus qu'on a pu respecter pour boucher la brèche faite à la paroi pharyngée. Dans la plupart des cas, la plaie pharyngée se réunit bien pendant quelques jours, au bout desquels, c'est presque la règle, elle laisse filtrer les liquides ; mais à ce moment l'organisme est déjà en état de lutter contre les conséquences de cet incident, et la plaie bourgeonnant, se réunissant par deuxième intention, la paroi pharyngée se trouve reconstituée après un temps variable (30 à 50 jours).

La peau est suturée (un drain est laissé cependant en place), et une sonde œsophagienne est introduite par les fosses nasales, pour assurer l'alimentation.

II. — *Application d'un larynx artificiel,*

Par M. Delair.

Sur le cadavre sur lequel M. Sebileau venait de pratiquer la laryngectomie totale, *M. Delair* a procédé à l'application d'un larynx artificiel ; cet appareil, pour fonctionner, doit utiliser l'air expiré par la trachée et consiste en une soupape fixée à la canule trachéale et un appareil intra-buccal, le tout réuni par un tube.

L'appareil intra-buccal est une anche vibrante, fixée sur une plaque palatine creusée d'une cavité.

III. — *Présentation d'un malade porteur d'un larynx artificiel.*

M. Delair ne pouvait mieux illustrer sa démonstration qu'en présentant un malade auquel il avait appliqué seulement *cinq jours auparavant* son ingénieux appareil. Malgré ce temps si court, trop court pour s'adapter parfaitement à ces nouvelles conditions de langage, le

malade a pu parler à voix très intelligible. Aussi M. Delair a-t-il été chaudement félicité pour son invention qui rend la parole à une catégorie de muets.

IV. — *Contrôle des couples pyrométriques par le pyromètre de Ferry, et fusion de toutes les dents artificielles,*

Par M. PLATSCHICK.

M. Platschick, pour démontrer pratiquement la vérité de ses affirmations au cours d'une précédente réunion de la Société, fait plusieurs démonstrations avec son four électrique. Il avait assuré que l'on peut atteindre, avec ce four, la température de 1350 degrés en deux minutes et demie, bien que cela soit inutile dans la pratique courante. Il a, en effet, obtenu ce résultat devant nous à plusieurs reprises la porte du four étant ouverte, et a soumis aux assistants divers échantillons de pâte Consolidated cuits à cette température.

Une autre expérience intéressante avait pour but de montrer qu'il est inutile, pour nous dentistes, de chercher à obtenir dans nos fours la température de 1400 degrés, aucune des fabrications actuelles ne livrant des dents capables de résister à cette température. Cette démonstration a été faite à deux reprises de la manière suivante, avec des dents de différentes marques : Ash, White, Consolidated, Revelation, etc..., soumises simultanément au même traitement. Deux incisives de chacune de ces fabrications furent meulées sur leur face labiale et superposées, puis introduites dans le four chauffé ensuite jusqu'à 1400 degrés. Lorsque les dents furent retirées, elles étaient déformées et soudées entre elles. De plus, pour quelques marques, la coloration était entièrement détruite et, pour les autres, elle était fortement altérée.

Pendant ces expériences, les températures étaient contrôlées au moyen du pyromètre Ferry, la porte du moufle restant par conséquent ouverte. On sait que M. Platschick, s'appuyant sur la théorie confirmée par la pratique, préconise les couples fixés à demeure dans le moufle. Le four dont il se servait à cette séance était ainsi établi, et l'on a pu constater que les indications du pyromètre de son appareil concordaient toujours avec celles du pyromètre de Ferry.

Poursuivant ses expériences en se servant, cette fois, d'un four à gaz, il a démontré l'incontestable supériorité du four électrique sur les fours de ce genre.

V. — *Correction du maxillaire,*

Par M. de NÉVREZÉ.

M. de Névrezé a montré une malade, en cours de traitement, pré-

sentant un faux prognathisme inférieur. Cette malade porte un appareil construit sur les données de Case, et destiné à faire mouvoir en avant toute la partie supérieure des dents antérieures de la mâchoire supérieure, le bord libre étant immobilisé.

Présentations diverses.

M. Meng a présenté divers modèles de redressements qu'il a exécutés, et dont quelques-uns présentaient de grandes difficultés qui ont été ingénieusement vaincues.

MM. Lavigne et Granger ont expérimenté une nouvelle pâte à empreintes, qui a semblé donner les plus heureux résultats.

M. Georges Villain a de nouveau montré des inlays creux, en or coulé, obtenus par son ingénieux procédé (V. *Odontologie*, 15 mars 1907, p. 227).

M. Johannidès a présenté une pièce en or, d'une construction parfaite.

H. D.

AMERICAN DENTAL CLUB OF PARIS

Séance d'avril

La réunion d'avril 1907 a eu lieu chez M. Coën en présence d'une vingtaine de confrères comprenant comme invités notamment M. Kirk Davenport, de Londres.

M. Robinson, indisposé, fut remplacé par le vice-président, M. G. Roussel, pour présider la séance.

En l'absence du Dr Friteau, qui avait annoncé une communication, le président invite les membres à discuter les « incidents of office-practice » (observations sur les opérations courantes).

M. Welzel rapporte un cas d'une incisive décolorée au vert-jaune et conclut à la présence d'iodoforme dans la racine. Ayant en effet retiré une mèche de coton saturée de ce médicament, il fut amené à restaurer la couleur primitive par des lavages d'alcool, suivis d'applications de peroxyde-oxygène.

M. Daboll à la place du pyrozone (25 o/o) se sert maintenant du perhydrol en chauffant la surface de la dent ; le perhydrol produit des gaz qui blanchissent la dent en 20 minutes ; il recommande l'usage d'un ciment blanc pour accentuer la couleur claire de l'émail.

M. Younger se sert du même procédé ; il ferme l'orifice de la racine avec la gutta qui n'est pas affectée par le perhydrol et l'applique abondamment.

M. Hirschfeld est d'avis que pour le blanchissement d'une dent décolorée le traitement par l'obturation (enlèvement de toute carie, usage d'un ciment blanc) est préférable à tout médicament, ayant

observé une récidive au bout de quelques années, après avoir réussi la première fois avec le pyrozone.

M. Solbrig a eu la même expérience et à ce sujet rapporte une observation importante faite par le Prof. Stellwagen,de Philadelphie. Dans des cas de décoloration les canalicules des dents sont remplis d'une matière fétide à la suite d'une putréfaction de la pulpe. Le pyrozone ou l'oxygène n'ayant aucune action sur cette matière grasse, il faut employer le peroxyde de sodium pour produire une action alcaline. Après l'avoir laissé quelques minutes, appliquer l'acide acétique dissous ; éviter les instruments en acier, mais employer plutôt des pointes en bois ou des cure-dents en plume. Ajouter une goutte de vinaigre ou acide. Après quelques minutes faire des lavages avec de l'eau — mais toujours sous la digue. — Au bout de trois séances on obtient un succès complet qu'il faut parfaire avec l'obturation par un ciment clair.

M. Kirk Davenport, de Londres, est grand partisan de la préparation de Merck (peroxyde d'hydrogène 30 o/o) qui lui a donné des résultats excellents et durables ; il l'emploie même pour la pyorrhée, ou pour le traitement des fistules.

M. Hayes suit les mêmes procédés ; il insiste sur la nécessité de bien fermer l'orifice de la racine.

M. Kritchwesky, qui le premier a préconisé l'emploi de la préparation de Merck, observe qu'elle ne contient pas d'acide d'après le dire du fabricant.

M. Holz est d'avis que nous sommes à peu près certains de réussir toujours une première fois avec n'importe lequel des médicaments discutés ce soir, mais d'après plusieurs observations il est presque sûr de devoir recommencer au bout d'un certain temps.

M. Hirschfeld lit le rapport de M. Robinson, sur la réunion de l'American dental society of Europe, contenant les points les plus intéressants de toutes les communications.

Il en résulte que les honneurs de la réunion ont été pour notre confrère parisien, M. Solbrig, pour sa remarquable étude sur les gold-inlays.

Il faut mentionner encore que *M. Day*, de Londres, a parlé sur l'usage des pointes en plomb pour obturer les orifices des racines en cas d'abcès, même au besoin les forcer par l'ouverture pour bien la fermer.

Une discussion s'engage à ce sujet : y prennent part MM. Hotz, Hirschfeld, Solbrig, Daboll, Hadley, Roussel, Hayes, Lewell, Wetzel.

Le président finalement fait voter des remerciements à M. Robinson pour son rapport si documenté et la séance est renvoyée au premier samedi de mai.

M. Hirschfeld,
éditeur-secrétaire de l'A. D. C. P.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

BULLETIN

LES RÉFORMATEURS DE L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE

Par Francis Jean.

Jusqu'en 1880, notre profession et l'exercice de notre art, sans organisation et sans réglementation, sont de ce fait classés à un degré très inférieur dans l'opinion publique.

C'est alors que des dentistes, dont quelques-uns sont encore parmi nous, entreprirent d'élever moralement et intellectuellement leur profession. D'abord un groupement d'études et de défense, bientôt une école manifestèrent leur activité. Leurs efforts furent couronnés de succès au point qu'ils émurent les pouvoirs publics et que la question de la réglementation de l'art dentaire fut posée.

En 1892 elle était résolue par la loi sur la médecine et les décrets y annexés : la profession allait être épurée ; les Écoles dentaires voyaient leur enseignement sanctionné par un diplôme d'État ; l'intérêt professionnel et l'intérêt général avaient satisfaction.

Telles étaient du moins nos espérances en 1892.

Nous venons de faire une longue expérience de 14 années et nous sommes obligé de constater que les résultats ne sont pas ceux que nous attendions. Le charlatanisme, bien qu'il ait subi quelque restriction, s'est fait une place en marge de la loi ; les efforts de nos Écoles ont été limités par des décrets trop peu exigeants, par des programmes d'examen insuffisants ; on a négligé ce qui donnait à notre profession son caractère si spécial, si nettement défini et distinct

de toute autre branche médicale et nos études techniques n'ont pas eu l'ampleur qu'elles devaient avoir.

De tout cela sont nés des troubles corporatifs qui entravent l'action professionnelle. Il est donc évident que le relèvement moral, intellectuel, corporatif que nous espérions n'est que très partiellement réalisé et que tous ceux qui s'intéressent à l'évolution scientifique et à la bonne réputation de l'art dentaire français appellent de leurs vœux une réforme nécessaire.

Mais si en 1880, en 1892, aux époques de grand effort, ce furent seulement des dentistes qui s'intéressèrent à leur profession dédaignée et parfois ridiculisée, aujourd'hui que cette profession a conquis sa place au soleil, de nouveaux amis lui sont venus et naturellement ils ont la prétention de la réformer et de la diriger.

Pendant 25 ans, nous avons lutté, travaillé, dépensé pour élever la maison des dentistes, aujourd'hui ces messieurs les Stomatologistes, pour les désigner par le nom qu'ils prennent, trouvent légitime de s'y installer en maîtres, et de l'aménager au gré de leur fantaisie.

LES STOMATOLOGISTES. — *Que sont ces réformateurs de l'art dentaire ? Quelles sont leurs prétentions ?*

Ils affirment très haut que le docteur en médecine est par son titre même dentiste, non seulement légalement, mais pratiquement.

Ils ajoutent même que, seul, le docteur en médecine peut pratiquer avec compétence l'art dentaire et offre toute garantie et sécurité au public[1].

Leur mépris pour les chirurgiens-dentistes et les mécaniciens-dentistes n'a d'égal que leur dédain des études dentaires et des travaux pratiques qu'elles réclament.

1. *Revue de Stomatologie*, p. 2, janvier.
« On peut dire, en effet, que le doctorat en médecine, seul, aujourd'hui commun pour tous, assure à chacun dans toutes les spécialités la valeur et la dignité du praticien et la sécurité du public. »

Ce sont les aristocrates de l'art dentaire ; les autres, c'est-à-dire nous tous dentistes, nous sommes les vulgaires gens de métier. Ils ont les préjugés de caste : un marquis n'avait pas besoin de savoir lire, quel besoin un médecin stomatologiste aurait-il de savoir aurifier une dent ou la redresser ? Est-ce qu'il n'a pas le bonnet de docteur et la robe des « Savantissimi Doctores » dont Molière déjà raillait les prétentions à l'omniscience. Ils accepteraient volontiers de ressusciter les droits féodaux d'autrefois et de pouvoir seuls ouvrir des cabinets dentaires dans lesquels, sous le nom du médecin stomatologiste ignorant, les mécaniciens et chirurgiens-dentistes seraient en perpétuel servage.

On s'étonnerait à bon droit que de telles idées aient encore cours dans un pays et en un temps où la démocratie déborde et que de telles prétentions soient possibles à l'heure où tous les hommes raisonnables reconnaissent que la spécialisation s'impose dans tous les domaines.

Ils ont, il est vrai, un argument spécieux, toujours le même : « Vous admettez, disent-ils, qu'un docteur en médecine peut, sans études spéciales, être gynécologiste, laryngologiste, etc., pourquoi ne serait-il pas dentiste ? Il enlève un œil, pourquoi n'enlèverait-il pas une dent ? »

Les stomatologistes se refusent à voir la différence profonde, fondamentale, qui existe entre la dentisterie et ce qu'on nomme les spécialités médicales ; ils persistent à croire que la dentisterie n'est encore aujourd'hui, comme il y a un siècle, qu'un art empirique.

Cette double ignorance ne nous étonne pas de leur part : ils n'ont pas fait d'études dentaires, ils n'ont pas de pratique personnelle dentaire, autrement ils sauraient que l'art dentaire exige absolument des connaissances techniques spéciales qu'on n'acquiert pas à la Faculté de médecine et une éducation manuelle qui réclame la souplesse de la jeunesse pour être vraiment

bien apprise. Donc nécessité d'études spéciales et d'écoles spéciales. Sans doute la médecine y a sa part, mais la chimie aussi, la mécanique, la bactériologie, l'anatomie et c'est précisément la nécessité de ces sciences diverses qui fait de la dentisterie, non pas une branche d'une autre science, mais un art indépendant.

Il nous faut d'ailleurs signaler que c'est par un abus de mot, une équivoque, que ceux dont nous parlons se dénomment stomatologistes. S'ils soignaient les maladies de la bouche, comme l'indique ce mot, nous reconnaîtrions volontiers qu'ils relèvent directement et uniquement de l'art médical. Mais en fait sous ce nom ronflant, étiquette trompeuse, c'est au soin des dents presque exclusivement qu'ils se livrent.

Encore est-ce trop dire, car leur rôle consiste le plus souvent à faire passer aux mains des mécaniciens-dentistes, salariés dédaignés en public, mais collaborateurs indispensables au cabinet, les édentés qui réclament leur intervention.

Dentistes inexistants et médecins mort-nés, tel est exactement le titre qui leur convient. L'habitude du bluff et l'ignorance du plus grand nombre font encore croire qu'un docteur en médecine incapable doit être un dentiste éminent.

Voilà ceux qui veulent réformer l'art dentaire ! Certes, qu'ils soient fort intéressés dans la question, la chose est évidente, mais qu'ils s'intéressent à notre profession et à notre art, nous n'en croyons rien.

Les preuves abondent. Où étaient-ils ces princes de l'art dentaire, il y a trente ans, quand nous luttions pour le relever, quand nous fondions nos Écoles, quand plus récemment nous réunissions nos Congrès nationaux et internationaux ?

C'est lorsque la carrière médicale fut encombrée que nous avons vu les médecins sans clientèle se sacrer stomatologistes.

Pourraient-ils nous dire ce qu'ils ont fait pour le

progrès scientifique de notre profession ? quel enseignement spécial utile à notre art ils ont organisé ?

Que donne leur Société de stomatologie ? combien rares y sont les communications d'ordre pratique et surtout de valeur réelle !

Ils vont organiser leur premier Congrès professionnel, et c'est en divisant, en désorganisant la profession qu'ils y travaillent. C'est probablement la conscience de leur ignorance en art dentaire qui les fait exclure de ce Congrès les chirurgiens-dentistes, auxquels ils doivent le peu qu'ils savent et les mécaniciens-dentistes auxquels ils doivent leur prospérité.

MÉDECINS-DENTISTES AVEC OU SANS ÉTUDES SPÉCIALES. — *Parmi les stomatologistes, il serait injuste de ranger de nombreux docteurs en médecine qui exercent la chirurgie dentaire, mais ne se réclament ni du titre ni des doctrines de ces messieurs. Est-il besoin d'indiquer que nous ne pouvons pas ranger dans cette catégorie les dentistes d'origine, qui, leurs études dentaires terminées, prennent leur doctorat en médecine soit pour avoir l'occasion d'étendre leurs connaissances médicales, soit même pour bénéficier du prestige qui s'attache à tort ou à raison au titre de docteur ?*

Nous ne rangeons pas non plus dans cette catégorie les médecins qui font sanctionner leurs études techniques dans les écoles spéciales, françaises ou étrangères, pour exercer l'art dentaire. Cette marque de bonne foi est assez éloquente pour prouver qu'ils admettent que, pour connaître quelque chose en dentisterie, il faut l'avoir appris.

Ceux-là sont des nôtres.

Somme toute, les médecins qui ont appris la technique de l'art dentaire avant ou après l'achèvement de leurs études médicales font un aveu en faveur de notre thèse.

Quant aux autres, les médecins-dentistes sans études spéciales qui ne se rangent pas avec les stomatologis-

tes, ce qui les différencie surtout des stomatologistes, c'est qu'ils n'en ont ni la morgue ni la prétention. Ils profitent de la loi de 1892 pour éviter des études dont la loi les dispense, mais ils avouent volontiers que le doctorat en médecine leur laisse un gros bagage inutile de données médicales et que des études très spéciales sont nécessaires s'ils veulent essayer d'être des dentistes compétents.

Ceux-là ne se rangent pas parmi les réformateurs.

Ils bénéficient du privilège que la loi leur concède, sans prétendre que ce privilège seul assure la sécurité du patient.

Ils savent bien que, si des exigences nouvelles se manifestent, elles devront très justement atteindre plutôt le médecin qui veut devenir dentiste que le chirurgien-dentiste lui-même.

Mais, au point de vue de la profession, on nous signale que cette catégorie forme un appoint important et qu'elle est une des principales causes de la pléthore professionnelle. Toutes réserves faites pour les cas exceptionnels, les médecins-dentistes sans études spéciales ne rendent pas à la profession en services ou en éclat scientifique les bénéfices très réels qu'ils en tirent.

Ils sont plutôt des obstacles aux réformes que des réformateurs.

CHIRURGIENS-DENTISTES. — *Les chirurgiens-dentistes, eux, sont admirablement qualifiés pour signaler les points faibles de la législation, les malaises de la profession, les insuffisances des études dentaires.*

Tout d'abord, ils sont le nombre. Devant les 3 ou 4.000 chirurgiens-dentistes, que sont les deux ou trois centaines de stomatologistes ?

Ils sont depuis longtemps groupés et leurs expériences personnelles sont ainsi devenues des expériences collectives. Ils savent ainsi par leur mutuel contact apprécier sainement ce qui est et signaler ce qui pourrait et devrait être.

Ils ont fait ce qui existe. Ils l'ont fait imparfaitement, parce que la loi qui devait leur être un appui leur fut souvent une entrave. Il n'en reste pas moins que, si leur profession est reconnue, si des écoles ont, depuis près de trente ans, substitué des dentistes instruits aux dentistes peu cultivés d'autrefois, des méthodes rationnelles et scientifiques aux méthodes empiriques, s'ils ont ici vaincu le prestige du dentiste américain qui régnait en maître il y a vingt ans, c'est que des chirurgiens-dentistes sans estampille officielle, sans appui des pouvoirs publics, envers et contre tous, ont donné leur temps, leur savoir, leur expérience, leur argent pour que leur profession soit honorée et honorable.

Ceux-là ont bien le droit et le devoir de parler réforme.

D'ailleurs, ils ont la compétence voulue, puisque, seuls, ils ont la pratique professionnelle de leur art et que nulle part en dehors d'eux en France il n'existe d'enseignement dentaire — exception faite des essais d'école officielle à Nancy et à Lille.

Deux maux nous préoccupent à l'heure actuelle : la pléthore professionnelle, et l'insuffisance des études techniques ; ces deux causes mettent en jeu la dignité de notre profession.

D'où vient la pléthore professionnelle ? De la persistance du charlatanisme, de l'entrée trop facile dans notre profession, de son invasion par les médecins.

D'où vient l'insuffisance des études ? De ce qu'il n'y a pas d'âge minimum d'entrée dans nos Écoles ; de ce que le diplôme requis pour y entrer est insuffisant ; de ce que la durée des études est trop courte ; de ce que les examens sont sans signification et sans valeur à cause des examinateurs, des matières des examens et des conditions dans lesquelles se passent ces examens.

La preuve en est que bon nombre de nos élèves vont

en Amérique pour parfaire ou perfectionner leur instruction dentaire après avoir satisfait les exigences de la Faculté pour le diplôme d'Etat. Il se peut que quelques-uns ne visent que le titre de Docteur en Chirurgie dentaire, mais ce reproche pourrait s'adresser également à toute autre catégorie de réformateurs.

Quand le mal est ainsi précisé, il semble que les remèdes soient faciles à indiquer. Ils le seraient, si au souci de relever notre profession ne se mêlaient trop souvent les fantaisies qui paraissent dictées par l'intérêt ou la vanité des individus.

Supprimer le charlatanisme! La loi y est impuissante et quand même nous nous ferions tous les auxiliaires bénévoles de la préfecture de police — ce qui ne relèverait pas notre prestige — nous n'y parviendrions pas. Usons de la loi, n'en abusons pas, mais modifions l'esprit public par la parole, par les écrits. Il n'y aura plus de charlatans lorsqu'il n'y aura plus d'ignorants pour les faire vivre.

Demandons au Gouvernement des mesures énergiques que, seul, il peut édicter, afin de restreindre la facilité d'entrer dans nos Écoles, et quant à l'âge et quant au diplôme.

Augmentons la durée de nos études, exigeons des examens sérieux, sur des matières dentaires, devant des examinateurs compétents qui savent ce que c'est qu'un davier et ce que c'est qu'un bridge.

Avant tout ne permettons pas à l'élément médical de dominer au préjudice de la dentisterie elle-même.

Des notions médicales sont indispensables pour l'exercice rationnel de notre profession, et nous qui pratiquons notre art, nous savons mieux que les médecins quelles sont les notions médicales qui nous sont nécessaires. Nous n'avons pas eu besoin de leurs conseils pour les inscrire au programme de nos Écoles dentaires et les faire enseigner par des hommes compétents, quelquefois éminents.

Et c'est à l'heure où le monde médical tout entier dénonce la faillite de cet enseignement verbal et officiel que nous permettrions aux rétrogrades de notre profession de sacrifier notre technique et notre pratique à la théorie et de sacrifier notre liberté et la valeur de nos études à la vanité d'être professeurs d'Etat!

La même mentalité inquiétante fait que certains voudraient voir exiger le Doctorat en médecine ou quelque chose d'approchant pour l'exercice de l'art dentaire.

Je vous le dis sans hésiter : changer notre titre de chirurgien-dentiste pour un doctorat quelconque, ce serait flatter notre vanité peut-être, mais ce serait sacrifier notre dignité, notre intérêt et la bonne réputation de notre art.

Aujourd'hui l'art dentaire existe; il y a des dentistes aux yeux de la loi, des Facultés, du public. Que demain tous les dentistes soient docteurs-dentistes, après-demain tous les docteurs seront également docteurs-dentistes[1]*. La dentisterie sera la profession envahie, et, par là, vite déconsidérée. Réclamer le doctorat pour éviter la pléthore, c'est se jeter dans l'eau par crainte d'une averse. La dentisterie deviendrait alors une vraie branche de la médecine, et il y aurait autour de trois ou quatre dentistes de renom la masse de docteurs qui ferait de la dentisterie, à défaut d'autre chose.*

Si la réforme dont il est question se réalisait en faveur du doctorat, les dentistes en seraient dupes, car c'est alors qu'il y aurait des dentistes de 1re classe et des dentistes de 2e classe.

Le prestige de notre profession, notre intérêt moral et matériel exigent que nous réagissions énergiquement contre ces tendances.

---

1. *Revue de stomatologie*, p. 161, avril 1907 : « Enfin par cette chaire et cet enseignement désormais à leur place, se trouve déjà partiellement réalisée l'admirable formule de Magitot : Tous les dentistes médecins et tous les médecins dentistes.

Ni docteurs en médecine, ni pseudo-docteurs comme certains le proposent ; nous sommes chirurgiens-dentistes, *restons* chirurgiens-dentistes.

Que l'intérêt de notre profession passe avant nos ambitions personnelles! Que le souci de solides études soit plus fort que l'amour des titres! La profession que nous avons aimée à l'heure où elle était peu honorée et parfois en effet peu honorable, nous ne la mépriserons pas maintenant que nous en avons imposé le respect à tous et que nous lui avons donné prospérité, dignité et science.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

AU SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE. DÉMISSION

M. Rollin, ancien président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, nous adresse la lettre suivante :

Paris, 14 avril 1907.

Mon chère confrère,

Voulez-vous avoir l'amabilité d'annoncer dans le journal *L'Odontologie* que j'ai donné ma démission de membre du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France ?

Recevez, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments de bonne confraternité.

ROLLIN.

AUTRE DÉMISSION

Nous avons reçu, avec prière de l'insérer, la lettre suivante adressée au président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France :

Lyon, 10 avril 1907.

J'ai l'honneur de vous adresser ma démission de membre du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

Membre du Syndicat depuis sa fondation, en juin 1894, j'ai le regret de me retirer d'une Association qui ne remplit pas le rôle pour lequel elle a été fondée.

Agréez, je vous prie, mes meilleurs sentiments confraternels.

J. VICHOT (de Lyon).

CONGRÈS DE REIMS (1907)

Nous avons l'honneur d'informer nos confrères que le Comité d'organisation de la section d'Odontologie du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (A. F. A. S.),qui doit avoir lieu à Reims en août prochain, est en voie de formation.

D'après une proposition du D[r] Frey, présentée et acceptée au dernier Congrès, un comité d'initiative, représenté par les anciens présidents des Congrès antérieurs et par les délégués de la Société de l'École dentaire de Paris, de l'Association générale des Dentistes de France, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association de l'École odontotechnique, de la Société de Chirurgie dentaire de France, de la Société odontologique de France, de l'Ecole et de la

Société d'Odontologie de Lyon, a été constitué le 22 avril. Il a pour mandat de réclamer avec instance l'adhésion et la collaboration de tous les groupements scientifiques professionnels, afin que l'union vienne encore rehausser l'importance du prochain Congrès, et contribue ainsi à faire de cette réunion, qui aura un caractère exclusivement scientifique, une importante manifestation odontologique.

Nous rappelons, entre autres avantages, que l'A. F. A. S. alloue les subventions nécessaires aux congressistes, afin de leur faciliter les recherches ou travaux scientifiques auxquels ils peuvent se livrer, et que leur inscription au Congrès leur assure une notable réduction sur le tarif des chemins de fer, ainsi que dans les hôtels recommandés pour leur séjour à Reims.

Déjà un grand nombre de communications sont inscrites ; celles qui sont promises sont nombreuses également ; nous en publierons ultérieurement les titres.

Quatre rapports sur des questions importantes seront présentés chacun par un rapporteur nommé à cet effet, savoir : 1° de la pulpectomie totale et immédiate ; 2° de l'expansion en orthodontie (appareils mobiles à plaques) ; 3° (appareils fixes et sans plaques) ; 4° de l'insuffisance des dents minérales.

Nous renouvelons notre pressant appel à nos confrères, les priant de nous envoyer leur adhésion, et aux groupements, sollicitant leur collaboration et l'adhésion de leur bureau comme membre du Comité d'organisation. Plus que jamais en effet l'intérêt professionnel réclame de tous cette preuve d'union et de solidarité.

FRANCIS JEAN, *président*, LEE, *vice-président*,
G. VILLAIN, *secrétaire*, PRUDHOMME, *secrétaire des séances*.

COMITÉ D'ORGANISATION.

Godon.	D'Argent.	Ducournau.	Amoëdo.
Sauvez.	L. Lemerle.	Queudot.	Lebedensky.
Delair.	Blatter.	Rodolphe.	A. Barden.
Pont.	L. Bioux.	Neech.	P. Dubois.
Frey.	G. Viau.	Maleplate.	—
	—	Frison.	Guillot.
	Touvet-Fanton.	Hivert.	Ravet.
	Jeay.	Franchette.	E. Bonnaric.
	G. Lemerle.	—	J. Vichot.
	Devoucoux.	Dauzier.	Vicat.
	G. Fouques.	Guiart.	J. Bonnaric.
	G. Lalement.	Fourquet.	Crépier.
	Pélissier.	Insall.	
		Bertrand.	

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

La prochaine réunion de la Fédération dentaire internationale aura lieu les 8 et 9 août 1907 à Amsterdam. Elle promet d'offrir un intérêt exceptionnel, car un certain nombre de questions fort importantes pour la Fédération et pour la profession y seront examinées.

Notre expérience a fait ressortir la nécessité de rendre plus clairs un certain nombre de points de notre règlement. La question d'une brochure donnant des indications précises sur les soins de dents, présentées sous une forme se prêtant à une diffusion considérable dans la classe pauvre, sera réglée définitivement à Amsterdam.

Une question touchant l'instruction qui, à l'avenir, sera demandée au dentiste, sera l'objet d'un examen spécial. Le dentiste doit-il être surtout un gradué complet en dentisterie avec une connaissance plus ou moins complète de la médecine venant s'y ajouter, ou doit-il commencer un peu plus tôt à diriger ses études de façon à répondre aux exigences de sa profession et du public ? C'est là une question sur laquelle la F. D. I. s'est déjà prononcée à Stockholm en 1902 ; mais elle ne saurait être considérée comme réglée ; elle est au contraire peut-être plus aiguë à présent qu'à aucune autre époque.

La situation de la F. D. I., étant plus solidement établie et ses votes ayant plus d'autorité, il est souhaitable qu'elle fasse entendre sa voix de nouveau sur cette question très importante, et chaque membre doit être préparé à donner une expression définitive à ses idées.

Un autre point à aborder, c'est la mesure prise par le comité d'organisation du prochain Congrès dentaire médical de Budapest (1909), qui exclut de la participation les dentistes qui ne possèdent pas le degré médical. L'examen des droits et devoirs de la F. D. I. touchant le Congrès dentaire international de Berlin en 1909 prendra aussi un certain temps.

J'espère que les membres s'efforceront d'être présents. Les mesures prises pour la fondation d'un centre mondial intellectuel à La Haye, si elles sont mises en application donneront une forte impulsion à l'internationalisme qui ajoutera grandement à l'importance de la F. D. I., et l'espoir qu'elle pourra faire beaucoup dans l'intérêt de la profession et de l'humanité semble être plus près de se réaliser que jamais.

W. D. MILLER, président.

CONGRÈS DENTAIRE. JAMESTOWN

A l'occasion de l'Exposition Jamestown, un Congrès dentaire aura lieu à Norfolk (Virginie, États-Unis d'Amérique), du 10 au 12 septembre 1907 dans un des bâtiments de l'Exposition, spécialement construit dans ce but et comprenant des salles pour les commissions,

les démonstrations et les expositions. L'entrée du bâtiment est en dehors de l'enceinte de l'Exposition ; toutefois on peut avoir accès dans celle-ci par ce bâtiment, qui dispose d'un courant électrique continu et d'un courant électrique alternatif et de conduites d'eau ; il est bien éclairé et contient toutes les commodités modernes.

Les expositions dentaires se feront sous la direction de M. John W. Manning, Bank of Commerce, Norfolk, auquel doivent être adressées les demandes d'emplacement.

Les démonstrations sont placées sous la direction de M. C .J. Grieves, Park et Madison Avenues, Baltimore.

Des présidents adjoints ont été nommés dans chaque État de l'Union, ainsi qu'au Canada, au Mexique, à Cuba et aux îles Hawaï.

Des comités d'admission ont été formés dans les divers États et dans les divers pays. M. F. W. Stiff est président du Comité général d'admission (600 E. Grace Street, Richmond, Virginie).

Le quartier général sera installé à l'Inside Inn, où la chambre et le logement seront fournis à des prix modérés.

La cotisation est de 25 francs et donne droit à un exemplaire des comptes rendus. Elle est réduite de moitié pour les étudiants.

Des communications seront lues par le professeur Miller, de Berlin ; Ch. L. Alexander, de Charlotte ; F. T. Van Hoert, de Brooklyn, etc.

M. E. P. Beadles a été chargé par le Comité d'organisation de se rendre en Europe et d'inviter les Sociétés dentaires et les individualités à participer au Congrès.

Le Comité d'organisation est présidé par M. Burton Lee Thorpe, 305 North Grand Avenue, Saint-Louis (Missouri) et a pour secrétaire M. H. Wood Campbell, Suffolk (Virginie).

LE CONGRÈS DES PRATICIENS

Le *Congrès des Praticiens* s'est ouvert le vendredi 12 avril, à 9 heures du matin, dans la salle de l'Hôtel des Sociétés savantes. Les membres du bureau, MM. Dubuisson, Gairal, Leredde ont pris tout d'abord la parole, et ce dernier, à qui revient, en qualité de secrétaire général, l'honneur de l'organisation du Congrès, a dit d'exellentes choses. Retenons de son discours le vœu qui tend à restreindre l'encombrement médical en prolongeant la durée des études. M. Caussade, M. Huchard sont ensuite venus défendre les conclusions de leurs rapports. La question du recrutement professoral était en jeu et tous deux conclurent à la suppression du concours d'agrégation, qui n'est qu'une porte ouverte au favoritisme le moins déguisé. Rappelons à ce propos la campagne de longue date entreprise par notre directeur ; les applaudissements nourris qui ont souligné ses

déclarations ont montré quel écho sympathique ses idées éveillaient dans l'esprit des auditeurs. Entre temps, MM. Motais (d'Angers), Coste (de Marseille), le Pr Blanchard (de Paris) défendaient la cause des Écoles secondaires de médecine. Les études élémentaires y sont excellentes et les étudiants, en consentant à demeurer en province leurs premières années de médecine, déchargent d'autant les laboratoires et les hôpitaux de Paris, toujours trop encombrés.

Jusque-là tout le monde est d'accord. Il faut des réformes. L'enseignement doit devenir plus technique et plus professionnel ; le concours d'agrégation ouvre la porte à bien des abus. Ce n'est pas la faute de la Faculté, assurent MM. les Prs Blanchard et Pinard. Le Ministre et le Conseil supérieur de l'Instruction publique sont les seuls coupables. Il y a du vrai dans cette dernière assertion. Un homme s'est trouvé pour concentrer sur son nom la réprobation unanime du corps médical. Un professeur qui jouit d'une magnifique impopularité fait marcher le Conseil supérieur de l'Instruction publique à sa guise ; peu lui importe l'avis de ses collègues ; les revendications du corps médical le laissent parfaitement froid. C'est à lui que revient le projet de la création du certificat d'études médicales supérieures. Une pareille attitude où perce autant l'amour du despotisme que la satisfaction d'un sentiment de méfiance ombrageuse à l'égard de ses collègues, je ne sais si elle trouve son origine dans les infortunes scientifiques qui ont accueilli les généralisations de laboratoire où s'est complu le solennel professeur. La fin lamentable de la dilatation de l'estomac et de l'antisepsie gastrique par les naphtols a de quoi aigrir l'humeur de l'homme de science le plus placide.

Seulement il nous semble qu'en démocratie il ne suffit pas d'accumuler des erreurs majestueuses pour conquérir, de ce fait, le droit de régenter le corps médical. Les idées théoriques dont cet « ennemi des praticiens » entrave aujourd'hui la réforme des études médicales sont tout aussi néfastes que celles qu'il avait jadis répandues dans la thérapeutique.

Ces réflexions, qui se sont fait jour au cours de la première séance, se sont vues confirmées par les travaux et rapports des jours suivants. Tour à tour on a discuté les cours de vacances et l'enseignement complémentaire (M. Barbarin) ; l'encombrement médical et les réformes des études (MM. Gouffier et Lacroix) ; le P. C. N. et l'instruction scientifique préparatoire (MM. Gillet et Vignard) ; l'organisation des examens. Les examens cliniques (Association des étudiants en médecine de Paris) ; C. E. M. S. Les nouveaux diplômes de Facultés (Coppens).

Puis sont venus l'organisation des écoles étrangères (MM. Jayle, Jarvis et Kœnig) ; l'enseignement de la chirurgie (M. Monprofit) ; de la dermatologie (M. Bodin) ; de l'ophtalmologie (MM. Morax

et Motais) ; de la laryngologie (MM. Heckel et Luc) ; de la pédiatrie (M. Rist) ; de la gynécologie et obstétrique (M. Berthod) ; de la neurologie et psychiatrie (M. Gasne) ; de l'urologie (M. Minet) ; de l'odontologie (M. Mahé).

La séance de clôture a eu lieu le dimanche 14 avril.

Ce premier Congrès des praticiens dégage un enseignement qu'il serait puéril de méconnaître : une force sociale nouvelle est entrée en lice, et les pouvoirs publics seront sagement inspirés de ne pas la traiter avec dédain.

P.-S. — M. Huchard a proposé et fait voter à une très grande majorité et même à l'unanimité, les vœux suivants par le Congrès des praticiens :

1° L'agrégation des Facultés de médecine, telle qu'elle existe, doit être supprimée ;

2° Cette agrégation doit être remplacée par l'institution du privat-docentisme, tel qu'il existe dans presque tous les pays ;

3° L'enseignement médical doit être rétribué d'une part par l'État, et pour la plus grande partie par les élèves ;

4° L'enseignement médical doit être absolument libre ;

5° Les professeurs étant rétribués par les élèves, les jurys d'examens médicaux doivent être modifiés pour assurer la liberté et l'indépendance de l'enseignement ;

6° Le Congrès des praticiens nommera un *Comité permanent de vigilance médicale*, chargé de discuter et de proposer les réformes médicales, et du soin de réunir de nouveau les assemblées des praticiens de France. F.

(*Journal des Praticiens*, 20 avril 1907.)

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Dentiste. — Exercice illégal de la profession. — Anesthésie. — Délit. — Défaut d'habitude. — Relaxe.

Cour d'Appel de Rouen (Ch. crim.): 7 juillet 1906.

« Le fait, par un mécanicien-dentiste, non pourvu du diplôme, de pratiquer l'anesthésie, ne constitue pas un délit distinct de celui d'exercice illégal de l'art dentaire.

» S'il en était autrement, le Syndicat des chirurgiens-dentistes serait sans qualité pour exercer des poursuites.

» Le délit d'exercice illégal, qui comprend ainsi la pratique de l'anesthésie, est un délit d'habitude ; et l'acquittement du prévenu s'impose, lorsque l'élément d'habitude fait défaut.

» Les Tribunaux apprécient souverainement le caractère habituel ou non des faits d'exercice illégal. Spécialement, s'agissant d'un cabinet bien achalandé, la réunion de cinq faits peut ne pas constituer d'habitude.»

M. L..., mécanicien-dentiste non diplômé, a été poursuivi pour exercice illégal de l'art dentaire et pratique illicite de l'anesthésie ; il a été acquitté par jugement du Tribunal correctionnel de Rouen.

Sur l'appel interjeté par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, la Cour, après avoir entendu Me *Gustave Marais*, pour le Syndicat, et Me *Lackenbacher* (du barreau de Paris), pour M. L..., et les réquisitions de M. l'avocat général Blanc, a rendu l'arrêt suivant :

« La Cour :

» Attendu que R., agissant au nom et comme président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, a seul interjeté appel d'un jugement du Tribunal correctionnel de Rouen, en date du 11 avril 1906, qui, sur ses poursuites, et le ministère public ayant été seulement partie jointe, a acquitté L... de la double prévention d'exercice illégal de la médecine et de l'art dentaire, dirigée contre lui ;

» Attendu que, le ministère public ayant accepté ledit jugement, l'appel de R. ès qualités ne peut plus être apprécié qu'au point de vue des intérêts civils, objet des conclusions, et que l'appelant prétend baser sur les contraventions par lui relevées en première instance ;

» Attendu que l'appel est régulier en la forme, et par suite recevable ;

» Attendu que, le Syndicat des chirurgiens-dentistes précisant aujourd'hui par ses conclusions l'objet de sa poursuite, demande que L... soit déclaré coupable : 1° d'avoir, à Rouen, depuis moins de trois ans, pratiqué habituellement l'art dentaire ; 2° d'avoir, à deux reprises, pratiqué l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé : délits prévus par les articles 18, 19 et 32 de la loi du 30 novembre 1892 ; et, pour la réparation du préjudice causé à l'Association des chirurgiens-dentistes, conclut à la condamnation de L... en 1.000 francs de dommages-intérêts, aux frais de l'insertion de l'arrêt à intervenir dans trois journaux de Rouen, et aux frais et dépens de première instance et d'appel ;

» Attendu, en ce qui concerne le second chef de prévention, que c'est à tort que le Syndicat appelant la cote d'une façon distincte du premier ; qu'en effet la pratique de l'anesthésie pour les soins à donner à la bouche ne saurait être envisagée que comme un accessoire, un procédé en usage dans l'art dentaire, ainsi que l'a décidé le jugement frappé d'appel ; qu'elle doit par suite avoir le même caractère que les faits d'exercice de l'art dentaire relevés contre L... et que la Cour est appelée à apprécier ;

» Attendu que, s'il en était autrement, le Syndicat des chirurgiens-dentistes n'aurait pas qualité pour poursuivre en vertu de l'article 32 de la loi de 1892 ;

» Attendu qu'il n'y a donc lieu d'examiner que le premier chef de prévention relatif à l'exercice illégal de l'art dentaire ;

» Attendu qu'à cet égard le jugement dont est appel a fait une juste et saine appréciation des enquête et contre-enquête auxquelles il a été procédé à la barre du Tribunal ;

» Attendu effectivement que, si sur les treize témoins cités à la requête du Syndicat des chirurgiens-dentistes, et dont les noms avaient été donnés par J..., associé de L..., de son propre aveu, quatre ont déclaré que, depuis le mois de février 1905, le prévenu a consenti à leur extraire des dents et a insensibilisé les gencives de deux d'entre eux, il y a lieu de constater qu'au contraire quatorze témoins cités tant à la requête de l'appelant que de l'intimé, ont catégoriquement affirmé que L... a refusé de leur donner des soins en déclarant à la plupart qu'il n'avait pas le droit de le faire ;

» Attendu que, si l'on tient compte de cette attitude du prévenu dans les nombreuses circonstances rapportées par des témoins honorables, on est amené à conclure que ce n'est qu'exceptionnellement que L... aurait fait acte de dentiste, et que quatre ou cinq faits de ce genre relevés dans l'espace d'une année dans un cabinet relativement bien suivi et d'une certaine importance ne sauraient être considérés comme constitutifs de l'habitude, qui est un des caractères essentiels du délit d'exercice illégal de l'art dentaire ;

» Attendu qu'il échet en conséquence de confirmer la décision des premiers juges ;

» Par ces motifs et ceux des premiers juges non contraires ;

» Confirme le jugement dont est appel ; en conséquence, acquitte L... de la prévention dirigée contre lui par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France. »

Observations. — Article 32 de la loi du 30 novembre 1892 :

« Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892. Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé. Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées au deuxième paragraphe de l'article 19. »

Il suit de là que la pratique de l'anesthésie, sans l'assistance d'un médecin, constitue un délit spécial lorsqu'elle est faite par un dentiste

non diplômé, mais autorisé, par tolérance et mesure transitoire, à exercer sans diplôme.

S'ensuit-il de là, par *a contrario*, que l'anesthésie pourrait être pratiquée impunément par un non diplômé, non inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ? Ce serait prêter au législateur une inconséquence qu'il n'a pas commise.

L'anesthésie, pratiquée dans ces conditions, constitue bien un délit, mais non un délit spécial, seulement un fait pouvant constituer l'exercice illégal réprimé par l'article 19 de la loi. Mais, comme tous les faits d'exercice illégal, ils doivent, pour tomber sous le coup d'une répression pénale, être habituels ; c'est ce qu'a jugé l'arrêt rapporté.

En ce qui concerne le pouvoir souverain des Tribunaux pour constater l'habitude, on peut voir les décisions indiquées dans le *Recueil de la Gazette des Tribunaux* (IVe part., v° *Dentiste*).

(Gazette des Tribunaux des 29 et 30 déc. 1906.)

NÉCROLOGIE

BENOIST AUDY

Un de nos confrères, M. Benoist Audy, qui était un des doyens de notre profession, est mort le 27 février dernier à Compiègne.

Il était né en 1820 à Nantheuil-en-Périgord. Après avoir fait des études de pharmacie, il entra dans notre profession ainsi que cela se faisait à cette époque, c'est-à-dire en apprenant la prothèse et les soins dentaires près de praticiens. Il fonda un cabinet à Compiègne en 1844, puis plus tard une succursale de ce cabinet à Senlis. Tous ceux qui ont connu M. Audy se souviennent d'un homme intelligent, actif, ce qui explique la réputation très justifiée qu'il avait acquise.

Deux de ses fils, Francis Audy et Gustave Audy, ont été parmi les premiers élèves de l'École dentaire de Paris. Sa fille, Mlle Audy, plus tard, a obtenu également le diplôme D. E. D. P. Enfin le Dr Achille Audy, son petit-fils, ancien élève de l'École dentaire, est actuellement professeur suppléant de clinique.

Nous adressons à la famille Audy nos condoléances les plus sincères.

G. V.

NOUVELLES

British Dental Association.

Le meeting général annuel de la B. D. A. aura lieu à Cardiff, dans l'Old Town Hall, du 18 au 21 mai prochain. Il comprendra, comme cha-

que année, des communications orales et des démonstrations pratiques, ainsi que des réceptions, un concert, un bal et un banquet.

Chambre syndicale.

M. Roy a été nommé membre de la Chambre syndicale en remplacement de M. Delair, dont la démission a été acceptée.

Groupement de l'École dentaire de Paris.

Une assemblée générale extraordinaire de l'Association générale des dentistes de France a eu lieu le samedi 20 avril à 8 h. 1/2 du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, pour discuter la question suivante restée en suspens à l'assemblée générale du 20 janvier dernier : rapports entre l'École et l'Association (rapport de M. F. Jean).

101 membres étaient présents.

L'assemblée, après une courte discussion, a voté le projet de résolution suivant : « Réaliser à nouveau l'*union intime* de la Société de l'École et de l'Association par le Conseil général du Groupement tel qu'il est actuellement constitué (p. 5, *Annuaire*, 1906) et se réunissant tous les trois mois au moins pour l'administration des diverses branches du Groupement. »

A 10 heures cette réunion était terminée.

Immédiatement après a eu lieu une assemblée générale extraordinaire de la Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris pour prendre une décision sur la même question, restée également en suspens à l'assemblée générale du 18 décembre 1906.

Le projet de résolution a été mis aux voix et adopté ainsi que les mesures complémentaires qu'il comporte.

Les deux assemblées ont ainsi témoigné leur vif désir de rétablir enfin l'union et l'unité qui avaient régné si longtemps dans le Groupement (de 1879 à 1892) et qui avaient été troublées depuis quelque temps d'une manière si regrettable.

Enfin le même soir, sur la proposition de la Société d'Odontologie, d'une part, et du Conseil de direction de l'Association, d'autre part, une assemblée générale plénière de l'Association et de l'École s'est tenue ensuite pour discuter la question des réformes et de l'orientation professionnelle.

Après un échange d'observations intéressantes, il a été décidé de nommer une Commission de 12 membres (4 pour l'Ecole, 4 pour l'Association, 4 pour la Société d'Odontologie) pour étudier un projet de réformes des études et des examens dentaires à soumettre aux pouvoirs publics.

*
* *

Le dimanche matin 21 avril, à 9 h. 1/2, s'est tenue une réunion du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France qui a décidé, conformément au vote émis la veille, que le Bureau de l'Association s'entendrait avec celui de l'Ecole pour réaliser le plus tôt possible l'union intime et préparer les modifications de statuts nécessaires.

Une très courte réunion du Conseil général du Groupement a suivi celle du Conseil de l'Association et a pris une décision analogue.

*
* *

Enfin, la séance de démonstrations pratiques, organisée par la Société d'Odontologie de Paris, réunissait à 11 heures du matin une nombreuse assistance, comptant beaucoup de confrères de province, qui a suivi avec un vif intérêt une laryngectomie totale exécutée sur le cadavre par M. le professeur Sebileau, chirurgien de Lariboisière, l'application d'un larynx artificiel et la présentation d'un malade porteur d'un larynx artificiel par M. Delair.

La savante leçon et la grande dextérité opératoire du professeur Sebileau ont fait une profonde impression sur les assistants, qui n'ont pas ménagé leurs applaudissements à l'habile chirurgien, non plus qu'à M. Delair pour son ingéniosité si souvent admirée.

Nous avions le plaisir de compter parmi les nombreux confrères de province et de l'étranger M. le Dr Etchepareborda, de Buenos-Ayres, qui fut lauréat la deuxième année qui suivit la fondation de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous publierons d'autre part le compte rendu de ces démonstrations.

Cercle des Diplômés de l'École dentaire de Paris.

Le Conseil d'administration du Cercle des D. E. D. P. a ainsi renouvelé son bureau pour 1907 :

Président d'honneur : M. Hugot.
Président : M. Lannois.
Vice-présidents : MM. Joly et Tzanck.
Secrétaire général : M. Morche.
Secrétaire adjoint : M. Jordanis.
Trésorier : M. Loriot.
Archiviste : M. Manteau.

27e ANNÉE. N° 9 15 MAI 1907 VOL. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'EMPLOI DES DENTS INTERCHANGEABLES DANS LA CONFECTION DES BRIDGES ET DES COURONNES RICHMOND

Par J. VICHOT, de Lyon.
Secrétaire général de l'Ecole dentaire.

L'appareil de restauration dentaire le plus parfait de nos jours est le bridge-work inamovible.

Son emploi soulève cependant de fréquentes et nombreuses difficultés par suite de la fracture des dents qui le composent. Nous savons tous, en effet, combien est ennuyeuse, délicate, difficile et, la plupart du temps, pèu résistante, la réparation d'un bridge inamovible. Qu'une dent vienne à se briser, son remplacement se fait difficilement dans la bouche.

De nombreuses méthodes ont été préconisées pour les réparations de ces appareils : je citerai entre autres la dernière en date, celle de Francisque Martin, consistant à souder la nouvelle dent au moyen de la soudure d'étain et d'une pointe de thermo-cautère [1].

Cette méthode présente certainement des avantages et une grande facilité d'application, et je me plais à en féliciter l'auteur pour son ingéniosité.

Je ferai cependant une réserve à ce *modus faciendi*.

1. V. *Odontologie*, 15 avril 1907, p. 327.

L'étain fondu au contact de l'or rend ce dernier cassant et il peut se faire qu'au bout de quelque temps la réparation nécessaire soit plus importante et plus difficile. Si la contre-plaque se casse, par suite de son altération par l'étain, la réparation n'est plus possible et il faut tout enlever. Or, on sait combien est pénible et douloureuse une pareille opération.

Pour l'éviter, on a préconisé, depuis de nombreuses années, l'emploi de couronnes interchangeables. Ces dernières sont légion. Les dents de Davis, de Justi, de White, de Williams, de Whiteside, de Johnson et Lund et d'autres encore, nous fournissent les moyens de faire, non pas une, mais plusieurs réparations en cas d'accidents.

A ces diverses couronnes à pivot détachables, je reprocherai : 1° d'avoir chacune une forme particulière de pivot. Cette forme nous oblige, en effet, quand nous avons adopté une marque, à employer toujours la même, pour la réparation d'un même appareil ; 2° d'avoir des pivots trop peu résistants. Souvent, en effet, ces pivots se brisent très facilement, surtout si, comme dans la confection d'un bridge ou d'une couronne Richmond, ils ont passé au feu pour la soudure.

Je leur reproche enfin de ne pas être très solides. C'est pour ces divers motifs que je leur ai substitué, dans ma pratique journalière, les dents à tube.

L'emploi de ces dents est anciennement connu. De nombreux auteurs les recommandent. Parmi ceux-ci M. Roussel, dans son traité des couronnes artificielles et du bridge-work, en parle et en détaille le manuel opératoire. Ces dents donnent d'excellents résultats dans leurs diverses applications.

Je n'ai pas l'intention de rappeler la manière courante de les ajuster. Cependant, une petite modification à la technique habituelle permet d'avoir un résultat plus précis. Cette modification consiste en un plaquage de la dent qui, en lui donnant une plus grande solidité par suite de son adaptation parfaite sur la base, donne en même temps une plus grande résistance au pont.

La dent est ajustée finement sur le bord gingival, mais est meulée en plan incliné, quel que soit le mode de bridge que l'on adopte, le bridge à selle ou le bridge laissant libre la crête alvéolaire. Ceci fait, on contre-plaque la dent. Pour cela, on place une plaque de platine mou assez épais sur la base de la dent, on brunit cette feuille sur toute la surface en la laissant déborder sur tout le pourtour afin de former une sorte d'alvéole dans lequel la dent vient s'emboîter. La dent maintenue en place avec de la cire, on place le pivot qui doit la soutenir. Ce pivot perfore la plaque de platine et est fixé en dessous avec de la cire collante. On enlève alors la dent avec beaucoup de soins pour ne rien déranger et le pivot est soudé à la contre-plaque avec de la soudure à 20 karats. La quantité de soudure doit être assez épaisse pour donner une grande résistance. Cette résistance est même augmentée en soudant sous la contre-plaque une barre d'or à 22 k. qui se trouve noyée dans la soudure, ceci pour les bridges que je qualifierai d'aériens et composés de plusieurs dents contiguës.

Quant aux bridges à selle, c'est plus simple : il suffit de remplir de soudure l'intervalle compris entre la selle et la contre-plaque de platine, pour achever le talon.

Le procédé que je viens d'indiquer pour la confection des bridges, est le même pour les couronnes Richmond. L'emploi des dents à tube dans ce cas réalise entièrement les desiderata du Dr Richmond, quand il fit paraître en 1880 sa couronne vissée dans un tube taraudé, mais il n'a pas les inconvénients de la vis et du tube intra-radiculaire.

La réparation se fait de la même façon pour les bridges et pour les couronnes Richmond. Après avoir débarrassé le pivot du tube de platine de la dent fracturée, on prend une empreinte au plâtre ou à la gomme laque de la place de la dent à remplacer. On place ensuite dans l'empreinte un pivot en fil de fer, de la grosseur du pivot en or qui est dans la bouche. Il suffit alors d'ajuster sur le modèle obtenu une nouvelle dent que l'on scellera dans la bouche avec du ciment.

On a objecté que les dents à tube n'ont pas une base assez large dans le sens labio-lingual, ou ne sont pas assez larges pour couvrir entièrement la racine. Ce reproche ne peut être maintenu, car avec la porcelaine d'Ash on peut très facilement, au moyen du four électrique ou du four à gaz, leur donner la forme et la dimension que l'on désire. Le corps de ces dents étant très fusible, on peut aisément modifier leur forme. Quant à leur apparence qui, a-t-on dit, n'est pas assez naturelle, je trouve ce reproche injustifié, car elles ne présentent pas, comme souvent les dents plates, quand elles sont contre-plaquées, cet aspect terne des dents mortes, elles paraissent au contraire plus vivantes.

Un autre reproche ou plutôt une contre-indication existe, dira-t-on, à l'emploi des dents à tube. Comment procéder, en effet, quand on a affaire à une articulation très basse ? La dent à tube est condamnée dans ce cas, car comment concilier la solidité avec une épaisseur infime de porcelaine, épaisseur tellement réduite que le talon de la dent est quelquefois entièrement enlevé dans l'ajustage ?

Cette complication disparaît par l'emploi d'une dent à tube en métal. Cette dent est faite de la manière suivante : on prend une dent plate à crampons ; cette dent, une fois ajustée, est contre-plaquée avec une plaque d'or à 22 k. On brunit ensuite une feuille de platine mou sur le capuchon de la racine, ou sur la selle du bridge, en ménageant un trou pour le passage du pivot d'or. Sur ce pivot est placé un tube de platine semblable aux tubes des dents en porcelaine. Ces diverses parties, dent contre-plaquée, feuille de platine et tube, sont maintenues ensemble par la cire qui, modelée, donne la forme et la hauteur du talon. La dent ainsi préparée est mise dans le revêtement de terre et d'amiante et l'on soude avec de la soudure à 20 k. On obtient ainsi une dent très plate, que l'on peut encore articuler à la meule ou à la lime, si besoin est, et présentant, sous une très faible épaisseur, une résistance considérable. Si, sous l'effort de la mastication, cette face de por-

celaine vient à se briser, étant scellée au soufre comme les dents à tube ordinaires, elle est enlevée assez facilement. La réparation est un peu plus longue que pour la dent à tube en porcelaine. Il faut, en effet, refaire une nouvelle dent, mais cette réparation se fait très facilement au laboratoire et l'on n'incommode pas son malade par des manœuvres buccales quelquefois très désagréables.

J'emploie ce procédé depuis plus de deux ans et je n'ai qu'à me féliciter des résultats obtenus, car je n'ai pas eu d'insuccès. Je le crois susceptible de rendre de grands services dans la confection des bridges inamovibles et des couronnes Richmond, que l'on peut entreprendre sans craindre outre mesure les réparations probables.

NOUVELLE MÉTHODE D'ESTAMPAGE

Par F. GEOFFROY,
Chef de Clinique de prothèse restauratrice à l'École dentaire de Paris.

Frappé des inconvénients multiples que présente la méthode d'estampage par le procédé ordinaire (plomb et zinc), j'ai été amené à faire quelques recherches dans le but de la perfectionner. J'espère pouvoir démontrer que la technique que je recommande constitue un réel progrès.

Le reproche capital adressé au modèle de zinc est tiré de son retrait souvent appréciable. Il est évident que le praticien soigneux atténuera cet inconvénient en coulant son métal le moins chaud possible dans un moule de sable parfaitement sec. Mais ces conditions, surtout la dernière, sont délicates ou longues à réaliser et, quand elles sont obtenues, la rétraction du zinc, bien que minima, n'est jamais complètement supprimée.

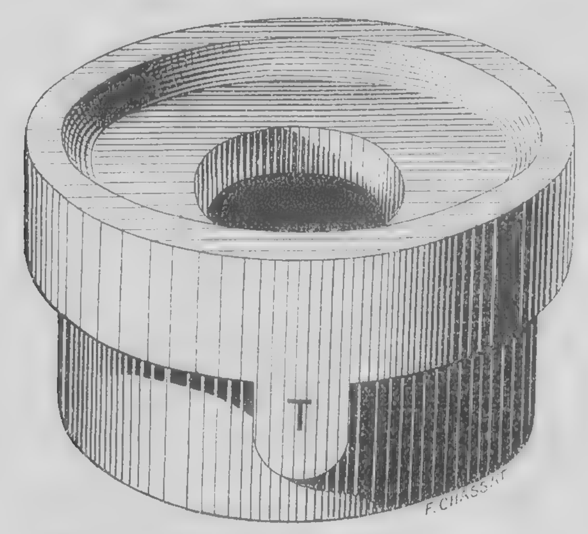


Fig. 1, Anneau B.

Cela me paraît être la conséquence d'une loi physique bien connue, applicable aux liquides, et qu'on pourrait généraliser aux métaux en fusion, qui somme toute ne sont autre chose que des liquides. Cette loi est la suivante : lorsqu'un liquide ne mouille pas le récipient qui le contient, il se produit à sa surface un ménisque

convexe. Il y a attraction moléculaire du liquide sur lui-même. C'est le cas du mercure à l'état normal, de l'eau dans certaines conditions artificielles (état sphéroïdal), des métaux en fusion (plomb de chasse). Sous une masse très petite, ces liquides ont une tendance à prendre la forme globulaire, ils n'ont aucune aptitude naturelle à adhérer aux parois et ne peuvent en épouser la forme que grâce à l'intervention d'un autre facteur, qui est la pression. D'où nécessité d'une certaine masse pour obtenir la hauteur verticale qui sera la mesure de la pression. Ces explications démontrent que théoriquement le métal en fusion n'a pas de tendance à se mouler exactement par lui-même sur une empreinte donnée, et, dans le cas particulier qui intéresse le dentiste, cette condition est presque négligeable tant que le métal reste en fusion ; mais elle acquiert plus d'importance par le refroidissement. C'est alors que le métal dilaté diminue de volume et se déforme, tendant naturellement à reprendre la forme globulaire. Les fondeurs obvient à cet inconvénient à la fois par la chauffe du moule et par la masselote.

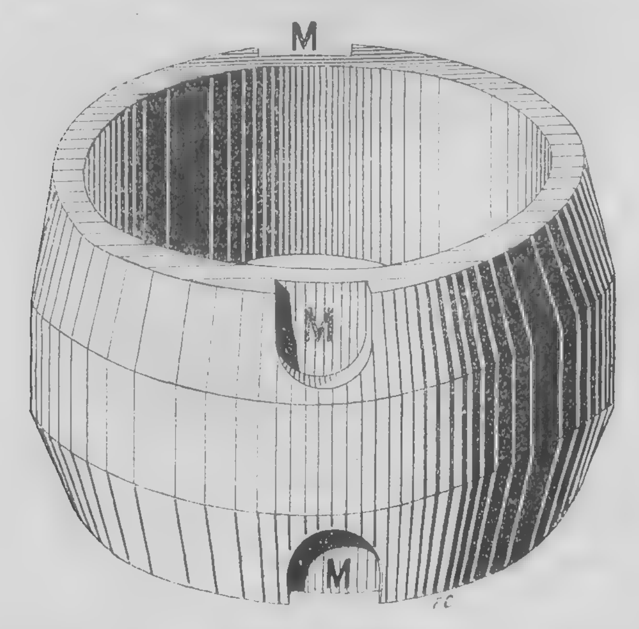


Fig. 2, Bague C.

Est-il, dans nos laboratoires, possible d'appliquer à la

coulée du zinc les procédés des fondeurs ? Pouvons-nous chauffer notre moule de sable ? Difficilement. Etablir une masselote, non, ce n'est pas pratique, et forcément nos modèles seront défectueux, quelle que soit l'habileté du praticien.

D'autres inconvénients moins graves existent encore ; le sable à mouler exigera une longue préparation pour être tamisé, humecté, disposé en forme de moule et desséché.

Je n'insiste pas sur la fragilité de ce moule qu'il faudra peut-être recommencer plusieurs fois et qu'une maladresse dans la coulée du métal peut également compromettre.

Quand viendra le moment de fondre le zinc et le plomb, il sera nécessaire de faire un feu de gaz intense et qui incommode surtout en été. De plus, il y a une perte de métal par les scories et les oxydes. L'estampage se fait à coups de marteau dont le bruit et le choc vibratoire sont gênants pour l'entourage.

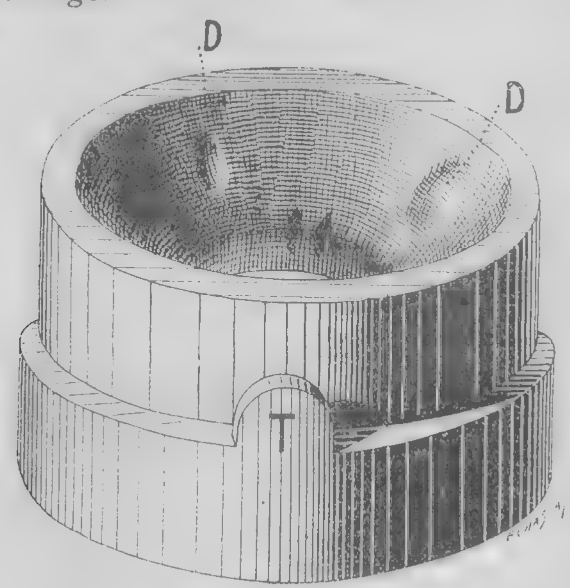


Fig. 3, Anneau A.

Je vais démontrer, dans un instant, que je crois avoir supprimé tous ces ennuis, mais auparavant il convient de décrire l'appareil et le métal spécial que j'emploie.

MÉTAL. — J'ai fabriqué un alliage fusible à 180°, très résistant et plus dur que les métaux similaires. Il supporte

sans s'écraser une pression de 3000 kil. par centimètre carré. Un tour de main spécial permet de faire avec ce métal un modèle absolument précis et sans retrait.

Appareil spécial. — Deux anneaux et une bague formant par leur réunion un châssis en fonte.

L'anneau A contiendra un moule de métal fusible.

L'anneau B, identique et superposable au premier par renversement, devra renfermer le surmoule.

La bague C devra les réunir.

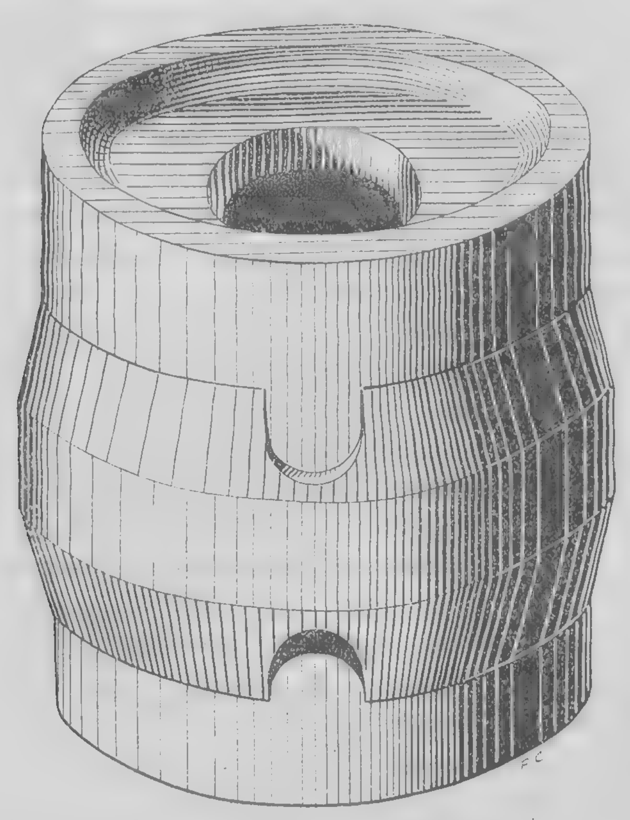


Fig. 4.

Les anneaux identiques A et B constituent, pour le métal fusible, un récipient hémisphérique à parois externes verticales. Le fond présente un large orifice qui sert d'entonnoir dans la position renversée. Intérieurement quatre petites dépressions D fixent le contenu et l'empêchent de tourner. La paroi externe cylindrique repose sur un épaule-

ment porteur d'un tenon T aux deux extrémités d'un même diamètre.

La bague C emboîte exactement la partie correspondante des anneaux A et B grâce à son ajustage très précis et aux mortaises M qui reçoivent les tenons T.

Le châssis, fig. 4, résultant de la réunion de ces 3 pièces, forme ainsi un système invariable tant par lui-même que par son contenu.

Mode d'emploi. — Prendre le modèle de plâtre dont on a préalablement renforcé les papilles et assuré la dépouille. L'enduire d'une légère couche d'huile et couler une empreinte avec un mélange liquide de sable et de plâtre, la surface en sera limitée à la partie utile pour le travail. Quand cette empreinte est durcie, il faut la détacher du modèle et la mettre en moufle dans l'anneau A. Dans ce but, on passe une couche d'huile dans l'intérieur de l'anneau et l'on bouche avec un tampon de papier l'orifice du fond, on dispose le même mélange de plâtre et de sable à l'état mou dans lequel on descend l'empreinte. Ce nouveau bloc, une fois durci, est retiré de l'anneau en poussant une tige à travers l'orifice de la base. Vient ensuite un temps très important de l'opération. Le bloc terreux est séché à fond et chauffé sur une couronne à gaz de façon à conserver une température au moins égale à celle de la fusion du métal. Après noircissement de l'empreinte et remise en place dans l'anneau A, l'appareil sera entièrement ajusté comme la figure 4. Nous aurons réalisé la première condition du fondeur et préparé virtuellement la seconde, savoir : la chauffe du moule d'une part et la masselote d'autre part. Le châssis est prêt pour la coulée. On fait fondre à feu doux le métal spécial, on le remue avec un pilon de bois pour hâter le changement d'état, et on le coule aussitôt la fusion complète obtenue. Le métal, au contact du bloc terreux encore très chaud, ne refroidit pas brusquement comme dans un moule de sable préparé pour un zinc. Il conserve quelque temps une malléabilité qu'on utilise en le pressant vivement à l'aide d'un pilon à travers

l'orifice de coulée. La pression ainsi excercée nous représente celle qui est produite par la masselote du fondeur.

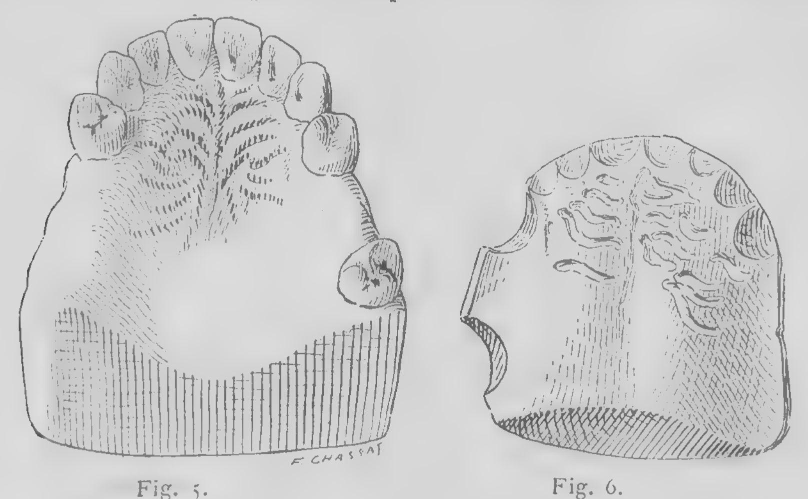


Fig. 5. Fig. 6.

Cette double condition a pour effet de favoriser la pénétration du métal dans les plus minimes détails de l'empreinte et de s'opposer au retrait du métal. Après refroidissement, le châssis renversé est ouvert et débarrassé du bloc terreux, le moule métallique est passé au noir de fumée, le châssis refermé et le surmoule coulé de la même façon. Le noir de fumée a pour but de favoriser la coulée et d'empêcher le moule d'adhérer au surmoule.

ESTAMPAGE. — Avant de procéder à cette opération, il

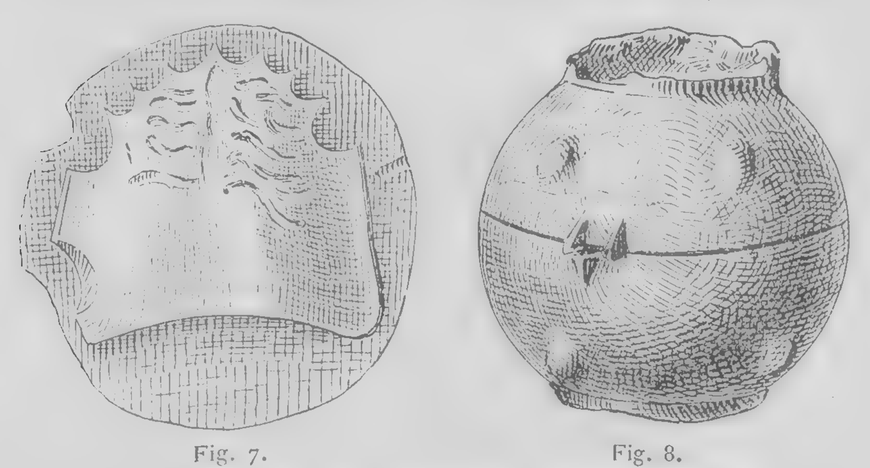


Fig. 7. Fig. 8.

convient d'huiler les deux faces du métal et de descendre

grosso modo la plaque sur le modèle métallique en se servant du marteau de corne et de la pince.

Le praticien glisse la plaque entre les deux pièces de métal fusible encastrées dans le châssis et presse avec la main ; si la feuille de métal est restée en place sans glisser, il porte après vérification le châssis sous la presse et serre modérément, sinon il la retouche. Il recuit et il serre une seconde fois très énergiquement. Il est bon d'interposer une ou deux épaisseurs de papier entre la plaque du côté opposé au maxillaire et la partie correspondante de l'appareil.

On obtient ainsi une plaque estampée avec la plus grande précision et qui s'applique très exactement sans retouche aucune sur le modèle de plâtre.

Avantage de cette méthode sur le procédé ordinaire plomb et zinc. — Cette technique est rapide, elle remplace par une empreinte solide et rapidement exécutée en plâtre et en sable mou le moule de sable fragile qu'on est obligé de préparer la veille. D'où économie de temps, puisqu'il suffit d'une durée d'une demi-heure pour tirer l'empreinte, la déshydrater et la chauffer suffisamment pour recevoir la coulée de métal fusible. En second lieu, économie de gaz pour obtenir la fusion à basse température du métal spécial. Il suffira d'allumer un brûleur ordinaire pendant deux ou trois minutes. Pas de scories ni de déchets, le métal fusible ne s'oxyde pas sensiblement.

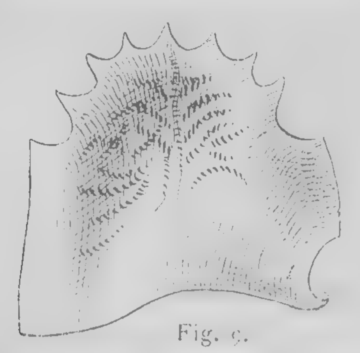


Fig. 9.

Enfin, et c'est là l'essentiel, l'estampage est parfait à cause de la précision des détails et des rapports invariables du moule et du surmoule métallique.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

TRAITEMENT ET OBTURATION DES CANAUX DANS LA CARIE DU 4e DEGRÉ LE PROTÉOL EN ART DENTAIRE

Par P. VANEL,

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

En écrivant ces lignes nous nous proposons un double but :

Premièrement donner quelques conseils aux élèves qui, on ne peut que le constater malheureusement tous les jours, ne se font pas toujours une idée exacte de la complexité de la carie du 4e degré, ni du rôle difficile qu'ils ont à tenir en entrant en lutte avec un tel adversaire ;

D'autre part indiquer à nos confrères un nouveau produit que nous employons depuis bientôt un an pour obturer les canaux.

Une carie du 4e degré reconnue, le premier devoir, la grande préoccupation du dentiste, doit être de se servir d'instruments aseptiques pour toucher un 4e degré, le traitement même de cette carie pouvant se résumer en deux mots : asepsie des mains de l'opérateur et de ses instruments, nettoyage minutieux, désinfection soignée de la dent.

Ces principes ne sont que très rarement appliqués par les élèves qui, au contraire, paraissent penser qu'il est tout à fait inutile d'être propre pour toucher du pus ou tout au moins des tissus infectés. Et cependant l'application stricte de l'asepsie et de l'antisepsie empêchera l'insuccès, la récidive, la recrudescence même de l'infection avec toutes ses complications.

L'acte opératoire consiste à ouvrir largement la dent, en faisant, si besoin est, des sacrifices, à débarrasser la cavité pulpaire et l'entrée des canaux des détritus qui les remplissent. Ceci peut être fait à la fraise. Quand la cavité a été bien nettoyée, alors seulement on doit s'occuper des canaux et nous pensons que ce travail gagne beaucoup à être fait à la main, étant extrêmement délicat. Que de fausses routes, que d'insuccès dus à l'emploi du tour ! Je regrette de voir combien les élèves dédaignent le travail à la main.

La toilette de la dent ainsi faite, il faut, à l'aide de médicaments antiseptiques, désinfecter les parties restantes.

Si les canaux sont fétides, nous employons l'eau oxygénée ; sinon, directement la solution de thymol au dixième. Enfin nous plaçons comme pansement à demeure une mèche imbibée de solution alcoolique formolée au cinquième.

Bien entendu nous travaillons toujours à sec, à l'abri de la salive ; employant souvent l'air chaud qui agit et en volatilisant les substances actives, thymol, formol, et par ses propres propriétés antiseptiques.

La dent guérie, il faut pratiquer l'obturation des canaux. Ayant constaté les bons effets du formol dans la carie du 4e degré, nous avions pensé qu'il était logique d'obturer les canaux avec une pâte renfermant le même principe actif ; aussi pendant longtemps nous nous sommes servi d'une pâte faite d'oxyde de zinc et de formyl-géranium. Or très souvent, cette pâte trop irritante devenait la cause d'une réaction assez vive, très désagréable pour le malade. Abandonnant cette pâte, depuis bientôt un an nous nous servons d'un nouveau produit à base de formol, qui nous paraît, osons le dire, idéal, puisqu'il ne nous a pas encore donné d'insuccès. Aussi nous venons l'indiquer à nos confrères, peut-être leur sera-t-il de quelque utilité.

C'est le protéol de M. Doyen, combinaison de la caséine et de l'aldéhyde formique. Nous l'introduisons dans les canaux humecté d'alcool pour en faire une sorte de pâte, que nous séchons immédiatement par l'air chaud. Les canaux remplis, on peut recouvrir d'une légère couche de gutta, ou procéder directement à l'obturation définitive.

Le protéol est une poudre blanc-jaunâtre, résultant de l'action directe à froid dela formaldéhyde sur la caséine naturelle. Il contient une proportion de formaldéhyde régénérable de 2,6 o/o ; c'est donc le plus riche des produits similaires. C'est une poudre non irritante, sans odeur, possédant un pouvoir antiseptique considérable et qui ne se décompose pas en présence des liquides.

Ses propriétés mêmes, sur lesquelles il nous paraît inutile d'insister, son action constante et régulière en font un produit parfait qui nous semble devoir rendre de très grands services en art dentaire.

REVUE DE L'ÉTRANGER

MODIFICATION DE LA COURONNE RICHMOND

Par HERMANN-BARDUCH, de Vienne.

Les indications de la couronne Richmònd sont au nombre de quatre : 1° si le pivot ne peut être suffisamment long et assez fort pour assurer une fixation solide ; 2° si la carie s'est étendue tellement loin dans le canal que la racine court le risque de se fendre avec une couronne sans anneau radiculaire ; 3° quand l'articulation est dangereuse ; 4° comme couronne à pont.

Dans la majorité des cas, quand la racine est forte, le pivot long, assez fort et suffisamment fixé dans le canal et quand il n'y a pas de particularité dans l'articulation, la couronne Richmond semble superflue, exigeant, comme elle le fait, le travail du dentiste et imposant au patient un effort.

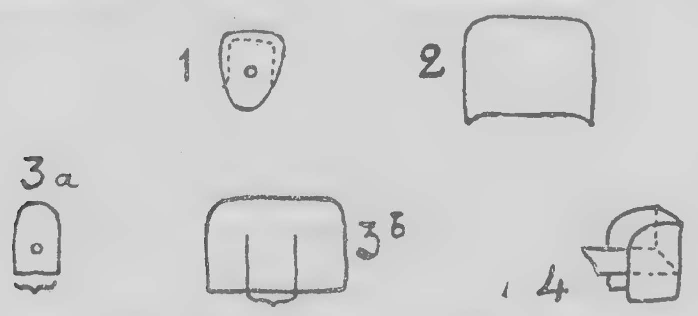
L'anneau de la couronne peut également agir d'une manière désavantageuse ; quelquefois il amène une atrophie du bord gingival et alors l'or devient visible.

Pour ces motifs un grand nombre de praticiens emploient souvent la couronne à demi-anneau. Quand nous employons la couronne, il nous arrive qu'un demi-anneau bien exact ne s'obtient qu'en construisant un anneau entier bien ajusté, soudé sur la plaque radiculaire et en limant la partie antérieure. Cependant avec cela nous ne gagnons rien, puisque notre but est de simplifier le travail. Et même si les couronnes à demi-anneau construites en courbant le demi-anneau au contour postérieur de la plaque radiculaire font bien, ce fait ne saurait changer notre désir de découvrir une méthode simple et sûre.

Dans mes recherches pour imaginer une coiffe de la racine de construction simple et de fixation sûre, je songeai en même temps à faire la couronne entière d'un seul morceau de métal, si possible. J'essayai d'abord pour le coiffage postérieur de la racine simplement d'estamper la plaque d'or autour du côté lingual de la racine ; le résultat ne fut pas satisfaisant. Le bord métallique était assez étroit pour qu'il fût possible de le relever de la section transversale de la racine au contour postérieur de celle-ci ; cela pouvait protéger suffisamment contre les fluides de la bouche, mais ne pouvait assurer le maintien.

J'eus alors l'idée de modifier la partie linguale de la racine de manière que la construction de deux angles droits permît facilement d'obtenir la coiffe en un seul morceau.

Tout d'abord il y a lieu de bien examiner si la racine est assez forte pour supporter ce traitement. Si le canal radiculaire a été très élargi par la carie, on ne peut songer à l'affaiblir davantage de l'extérieur ; il faut alors donner la préférence à la couronne Richmond. Si, d'autre part, la racine est forte, avec un canal relativement étroit, je la prépare comme suit.



Je fais la surface linguale droite, de façon qu'elle soit à angles droits avec les côtés de la racine, qui ont été faits droits déjà.

Les lignes pointillées indiquent la forme à obtenir. Quand la racine est regardée dans son ensemble, on constate que je produis une facette linguale qui taille en biseau le contour de la racine et deux facettes latérales perpendiculaires.

Pour la facette linguale j'emploie des fraises à minces serrations à bouts unis, pour éviter de léser les gencives, et des finisseurs en forme de pivot comme pour la préparation des racines pour couronnes complètes. Les fraises agissent comme des fraises minces (nous pouvons les préparer nous-mêmes en remplissant la tête d'une fraise ordinaire unie).

Pour préparer les facettes latérales j'emploie des disques de carborundum, puis des disques fins pour polir.

J'ai jusqu'à présent opéré sans anesthésie; j'ai pu m'en dispenser en maniant les instruments avec soin.

La préparation de la racine doit être très soignée et la surface préparée très unie. Les lignes de rencontre des facettes linguales et des deux facettes latérales doivent être bien définies.

La racine ainsi préparée, j'en prends un modèle à la cire blanche un peu dure, qui refoule un peu la gencive.

Je coupe alors un morceau d'or pour couronne à 21 k. de la forme de la fig. 2. Je mesure avec le compas la largeur de la racine dans sa partie linguale sur le modèle et au bord droit de la petite plaque d'or je fais deux incisions, distantes l'une de l'autre de la largeur de la racine.

La partie centrale de la petite plaque d'or est alors recourbée dessus à angles droits (on peut aussi la recourber un peu plus ; cela

se régularise en martelant). La partie longue courbée correspond à la plaque de la racine ; la partie courte, avec les deux morceaux latéraux à la partie linguale du ruban radiculaire. Les deux incisions s'étendent un peu dans la partie du ruban ; les morceaux latéraux sont alors recourbés de façon à flanquer les parties latérales de la racine, et, vus de côté, ils présentent l'aspect de la figure 4.

Cette coiffe radiculaire, avec ses morceaux latéraux, qui peuvent se mouvoir, est placée sur la racine. En taraudant doucement la plaque de la racine, on trouve dans une empreinte creuse la place du pivot de platine. On force avec un trépan et avec des coups de maillet on pousse le pivot dans le canal. Le pivot fixé, on martèle la plaque dans toutes ses parties ; les morceaux latéraux sont travaillés sur la forme avec les polisseurs correspondants. L'excès des morceaux latéraux, qui fait saillie à droite et à gauche du pivot, peut être enlevé en partie ; mais ne peut être enlevé à la lime qu'après la soudure, parce que ces morceaux sont fixés dans le plâtre et facilitent le placement de la coiffe dans le modèle de plâtre. Quand la coiffe et le pivot sont exactement et solidement fixés, on prend le modèle au plâtre de Paris. On termine le travail comme à l'ordinaire, on soude la coiffe et avant l'adaptation de la couronne on enlève le surplus ; puis on ajuste avec la lime la partie antérieure de la plaque radiculaire.

La coiffe radiculaire décrite ici et construite d'une pièce se distingue de la partie correspondante de la couronne en demi-cercle non seulement par le procédé de construction, mais aussi par sa forme rectangulaire. La préparation rectangulaire de la portion linguale de la racine n'a pas encore été décrite et la coiffe radiculaire en résulte logiquement comme une solution du problème de construction. Un rétrécissement ou un élargissement de la coiffe à titre d'essai n'est pas admissible; quand la dimension donnée, c'est-à-dire la largeur de la racine dans les facettes latérales parallèles, n'a pas été exactement déterminée sur la petite plaque d'or, il faut recommencer le travail.

Au moyen de la forme rectangulaire de la coiffe on obtient un siège particulièrement sûr pour la couronne. Tout mouvement rotatif est empêché. La couronne est en position comme une couronne Richmond.

En raison de la forme de la portion linguale de la racine on peut qualifier cette couronne du nom de couronne angulaire.

(Quarterly Circular.)

UN CAS DE RESTAURATION FACIALE

Par ALEX. MERTENS, de La Haye.

M. Van E..., 26 ans, atteint d'un lupus depuis l'âge de 15 ans, fut traité avec succès pendant un an par la méthode de Finsen. Guéri au mois d'août 1905, il me fut adressé par son médecin et j'entrepris de construire un appareil prothétique pour remplacer les pertes de substance.

Une plaque supérieure en métal portait les quatre incisives, avec crochets autour des canines et des deuxièmes molaires. Sur la partie médiane une tige perpendiculaire en platine iridié fut soudée à la plaque, et autour de cette tige fut enroulé un ressort en spirale comme ceux dont on se servait autrefois pour maintenir les dentiers en place.

Je pris une empreinte de la face avec du plâtre et j'en fis un modèle en plâtre. Sur ce dernier je modelai en cire un nez et une lèvre supérieure s'harmonisant avec les autres traits de la physionomie. Ce modèle fut essayé et les corrections nécessaires y furent faites. Les coins de la lèvre artificielle embrassaient les moignons restants de la lèvre naturelle.





Un crochet, fixé à l'intérieur du nez artificiel, saisissait le sommet du ressort en spirale, qui se trouvait ainsi courbé un peu en avant, ce qui donnait une légère tension en arrière pour assurer une adaptation exacte des bords de l'appareil à la face. J'ai pris grand soin d'éviter des vides inutiles entre les dents et les lèvres,et la face intérieure du nez est taillée de manière que l'humidité due à la condensation de la respiration s'échappe par l'arrière.

L'appareil fut alors reproduit en caoutchouc vulcanisé, le nez en caoutchouc dur et les lèvres en caoutchouc mou.

Une bande de gaze de 8 mm. de large fut fixée le long du bord du nez et du diachylon en recouvrit le dos. L'appareil fut placé et peint pour s'harmoniser à la couleur de la face, puis une moustache artificielle fut fixée à la lèvre. Les résultats furent parfaits.

L'appareil est si simple que le sujet peut enlever les parties artificielles et les remettre en quelques minutes sans miroir. Il met d'abord le dentier avec le ressort en spirale, puis à l'aide d'un crochet, semblable à un tire-bouton, il courbe ce ressort en avant, le petit crochet à l'intérieur du nez est accroché dans le ressort et les moignons de la lèvre naturelle sont engagés dans les poches de la lèvre artificielle. La bande de gaze est abattue et se colle fortement à la peau au moyen du diachylon et tout est prêt. Aucune partie ne vient en contact avec le mucus du nez, ce qui est très avantageux dans les appareils de ce genre.

Le patient porte l'appareil depuis des mois avec la plus grande satisfaction et la plus grande commodité.

(*Dental Cosmos*, mars 1906.)

REVUE ANALYTIQUE

La symbiose considérée plus spécialement au point de vue des bactéries du canal alimentaire. — Choix d'une matière obturatrice convenable. — Mort sous l'influence du chlorure d'éthyle. — Comment remédier à la mobilité des pièces inférieures complètes lorsqu'il n'a jamais été porté d'appareil inférieur ? — Ostéite infectieuse et nécrose du maxillaire inférieur chez un enfant, considérées comme accidents, soit de première, soit de seconde dentition.

La symbiose considérée plus spécialement au point de vue des bactéries du canal alimentaire.

Le professeur Miller étudie la symbiose (vie commune temporaire ou permanente d'animaux ou de plantes de diverses espèces ou d'animaux et de plantes). Il rappelle que les tissus mous de la bouche sont beaucoup moins susceptibles d'infection que les autres tissus du corps humain et qu'une blessure comme celle que cause l'extraction d'une dent, faite dans les mêmes conditions sur une autre partie du corps, amènerait presque invariablement une infection grave, tandis que cela est exceptionnel dans la bouche. Il montre que ce fait n'est pas imputable à un pouvoir antiseptique protecteur manifesté par la salive et la seule explication plausible repose sur les propriétés chimiotactiques positives de la salive, en vertu desquelles des myriades de leucocytes s'accumulent dans la blessure et arrêtent un grand nombre de bactéries qui arrivent à celle-ci, ce qui contribue dans une large mesure à la purification. A moins qu'on ne tienne compte de la résistance mécanique opposée par la structure dense du tissu gingival et par l'épithélium recouvrant la membrane muqueuse en général, il n'a pas été trouvé, jusqu'à présent, d'autre facteur permettant de donner une explication du phénomène en question. Il faut aussi tenir compte de l'antagonisme existant entre les diverses espèces de bactéries dans la bouche et qui peut amener une diminution si marquée de la virulence des bactéries pathogènes qu'il peut les rendre relativement inoffensives.

(*Dent. Cosmos*, mai 1906.)

Choix d'une matière obturatrice convenable.

M. L. Ashley Faught, de Philadelphie, arrive à la conclusion suivante dans un article consacré à cette question.

Le choix d'une matière obturatrice convenable ne doit pas seulement être dicté par les règles de conservation des tissus dentaires, mais aussi par la connaissance de ce fait que la matière employée protégera aussi les tissus mous dans lesquels la dent est insérée. La protection de ces tissus, la conservation des diamètres mésio-distaux des bicuspides et des molaires, de toutes les dents même, exige que la matière choisie puisse restaurer le contour et le contact primitifs et résister à la force de l'antagonisme et aux autres forces en jeu. Nous devons non seulement préserver les dents séparément, mais encore garantir leurs

relations entre elles et maintenir les arcades dentaires dans leur antagonisme normal. Le choix d'une matière obturatrice doit toujours avoir pour but la pleine ulilisation des organes dentaires.

(*Dent. Cosmos,* mai 1906.)

Mort sous l'influence du chlorure d'éthyle.

Le cas de mort ci-après est le neuvième qu'on attribue au chlorure d'éthyle employé comme anesthésique général, mais cette liste est certainement incomplète. M. W.-J. Mac Cardie, qui, un des premiers, a employé cet agent pour l'anesthésie générale, a fait en mars 1906, à la Société des anesthésistes de Londres, une communication sur ce sujet et évalue à 1 pour mille la proportion des cas de mort aux cas d'anesthésie.

Le 20 février 1906 M. W.-H. Eley, pasteur de Deene Wansford, âgé de 67 ans, se rendit chez un dentiste pour se faire extraire quatre dents. Il fut anesthésié avec 5 c. c. de chlorure d'éthyle par un médecin, frère du dentiste. La quatrième dent avait déjà été extraite quand le patient pâlit et succomba presque instantanément. Toutes les tentatives pour le rappeler à la vie demeurèrent infructueuses.

Quoique dans certains cas le chlorure d'éthyle soit un précieux agent dans des mains expérimentées, il devient dangereux s'il est employé à la légère.

(*Lancet.*)

Comment remédier à la mobilité des pièces inférieures complètes lorsqu'il n'a jamais été porté d'appareil inférieur ?

Telle est la question posée dans la Estomatologia *et à laquelle répondent de la façon suivante plusieurs praticiens :*

M. Ortiz n'emploie jamais les molaires parce qu'il les considère comme un embarras et un dépôt de détritus alimentaires et parce qu'il a remarqué que ceux qui les emploient ne résolvent pas le problème. S'en tenant toujours aux lois de la pression atmosphérique, il essaye de faire un moule aussi exact que possible, une articulation qui soit dans les mêmes conditions, en creusant les endroits où s'insèrent les ligaments musculeux afin qu'ils puissent fonctionner librement.

M. Trivino remédie à la mobilité des pièces inférieures complètes par une bonne adaptation de la pièce supérieure, une articulation exacte, ou bien en augmentant le poids de la pièce inférieure ou avec des rainures longitudinales et profondes, et surtout avec le temps. Si cela ne suffit pas, il recourt à des ressorts en spirale.

M. Jaime D. Losada estime difficile de remédier à la mobilité des pièces inférieures complète ; les moyens qu'il emploie sont l'articulation exacte, l'empreinte exacte, une pièce aussi grande que possible, surtout pour la partie interne des gencives, du caoutchouc pesant et mieux encore un noyau d'étain.

M. R. Servano croit que le problème est difficile à résoudre si la mobilité provient de l'absence quasi-complète de gencives et si les insertions musculaires sont très élevées; cependant du caoutchouc amalgamé, et mieux une barre de plomb dans l'appareil qui doit avoir

un volume suffisant pour que la barre ait la grosseur voulue, y remédient en partie.

Si les bords de l'appareil sont très larges, celui-ci n'a pas de stabilité.

M. Tirso Perez ne voit pas d'autre moyen, en dehors des molaires, que de faire un appareil en caoutchouc amalgamé, en cherchant d'après la loi de la pesanteur son minimum de mouvement ; parfois quand le bord alvéolaire est favorable, il pratique une fente dans le centre intérieur, afin d'obtenir par l'empreinte de la gencive dans cette rainure un bord gingival servant de rétention.

(La Estomatologia.)

Ostéite infectieuse et nécrose du maxillaire inférieur chez un enfant, considérées comme accidents, soit de première, soit de seconde dentition.

L'observation rapportée par l'auteur, M. Barbarin, concerne un enfant de quatre ans présentant du gonflement de la région massétérine, une fistule gingivale au niveau de la première molaire temporaire, d'ailleurs saine, en même temps que l'état général était devenu extrêmement précaire. L'intervention pratiquée en pleine cachexie, montra dans la branche montante du maxillaire inférieur la présence d'un orifice osseux occupant le centre d'un os dur, inégal, offrant les caractères d'un os nouveau, et donnant passage dans une cavité intra-osseuse pleine de pus et de fongosités. La guérison suivit l'ablation de plusieurs séquestres.

M. Barbarin fait suivre cette observation de quelques réflexions sur la pathogénie de ce cas, dont il ne fait pas une ostéomyélite, mais qu'il propose de ranger dans une catégorie d'inflammations du maxillaire pour lesquelles il propose le nom d'ostéite infectieuse et nécrose du maxillaire inférieur chez les enfants, considérées comme accidents d'éruption des dents soit de première, soit de seconde dentition.

Dans les cas de ce genre, l'auteur est d'avis de pratiquer l'intervention en deux temps : le premier temps c'est l'opération de nécessité, qui fait la dérivation du pus au dehors. Le second temps sera, au bout de quelques semaines, l'ablation de ou des séquestres.

Enfin M. Barbarin se déclare partisan de la voie cutanée, à l'exclusion complète de la voie buccale. Sur ce dernier point nous ne saurions nous empêcher de trouver trop absolue l'opinion de l'auteur, si nous ne savions combien les chirurgiens habitués aux interventions larges, et à ciel ouvert, montrent en général de répugnance à adopter la voie buccale. Cependant à notre sens il faudra dans son choix, s'inspirer des circonstances, et dans une lésion portant sur la portion horizontale du maxillaire, bien souvent on pourra éviter une cicatrice disgracieuse.

(P. Barbarin, *Revue de Stomatologie,* avril 1907, p. 185.)

H. D.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Fractures et luxations. — Speiser, de Bischofsburg, recommande le celluloïd comme matière pour faire des attelles transparentes en cas de fractures du maxillaire inférieur. Les attelles en caoutchouc permettent la mastication dès les premiers jours, elles s'enlèvent et permettent d'examiner les dents. Speiser s'est servi du celluloïd chez un enfant qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, avait eu le maxillaire inférieur fracturé entre l'incisive latérale gauche et la canine. Le celluloïd devient plastique à la chaleur et a l'avantage d'être transparent. On peut courber dans l'eau bouillante une plaque de celluloïd en lui donnant la forme voulue, et corriger même cette forme immédiatement après l'avoir retirée de l'eau ; mais elle se durcit aussitôt assez pour être une excellente matière à attelles. Une habileté médiocre suffit pour courber le celluloïd conformément à la rangée des dents en forme de coiffe. On régularise la grandeur avec des ciseaux, puis l'on fixe de la façon suivante : on entoure d'un fil métallique en boucle les deux dents des deux côtés du point fracturé, en descendant profondément et en repoussant un peu la gencive et en le tordant on empêche la dislocation latérale. Puis un deuxième fil de fer en boucle, perpendiculaire au premier, est passé en haut sur l'attelle de celluloïd et tordu solidement aux extrémités, pour empêcher la dislocation vers le haut. Le fil métallique vertical peut être placé entre les dents, avant que l'horizontal soit placé, puis il est passé sur l'attelle et tordu. On peut aussi enlever cette attelle, en la tirant latéralement sous sa boucle de fil métallique, puis la nettoyer, nettoyer les dents et remettre l'attelle en place. Grâce à la transparence du celluloïd il est aisé de surveiller les dents et la réduction de la fracture. Czerny, de Heidelberg, a apporté la modification suivante à l'appareil. Pour éviter que le fil vertical ne repose avec sa boucle inférieure sur la muqueuse et n'en entrave la guérison, ce fil vertical est simplement tordu autour de l'horizontal puis, au lieu de passer deux fois sous l'attelle, il passe deux fois dessus. (*Excerpta medica*, n° 5, 1906.)

Dangers de l'emploi d'un thermomètre ayant servi trop longtemps pour la vulcanisation. — Mon vulcanisateur Poulson, qui sert depuis 1874 et qui est imperméable à la vapeur grâce à une rondelle de plomb renouvelée de temps en temps, a toujours fonctionné sans défaut ; mais dans les dernières semaines une fuite m'a

constamment inquiété. Quoique j'ai changé deux fois la rondelle, je n'ai pu élever la température à 150 ou 155°, point de vulcanisation basé sur l'expérience de plusieurs années, que je maintiens pendant 1 h. 1/4 sans que la vapeur s'échappe à divers endroits. Je dus me contenter de 130 à 140° et vulcaniser pendant 2 heures et, en ouvrant la chaudière, je constatai que presque toute l'eau était évaporée. Malgré une nouvelle rondelle et le serrage du couvercle, mêmes symptômes fâcheux. L'idée me vint alors que le thermomètre pouvait être défectueux, et je remarquai dans le haut du tube des traces de mercure adhérant au verre. J'en commandai un nouveau qui me fut livré avec un avis portant que l'étui extérieur ne devait pas être employé. En vulcanisant de nouveau je constatai qu'avec une très petite flamme et en très peu de temps j'obtenais l'effet voulu.

J'attribue tout au thermomètre qui s'était altéré avec le temps et je recommande instamment à tout le monde de ne pas être trop parcimonieux en examinant son thermomètre à l'occasion ou, si c'est nécessaire, en le remplaçant par un neuf. (*Anon, Die Zahnkunst.*)

Moyen de faciliter la mise en cire des pièces. — En confectionnant les pièces en cire il est très commode d'avoir de la cire fondue toute prête à être employée. Un petit couvercle en étain peut être fixé à un trépied en fil métallique placé à 11 centimètres au-dessus d'une flamme Bunsen. A cette hauteur, elle reste en fusion sans bouillir. *(Dent. Rev.)*

Vernis à séparer les empreintes. — Pour séparer les empreintes employer le vernis suivant :

Gomme laque.............	180 gr.
Borax.....................	90 gr.
Eau	1 litre.

Dissoudre le borax dans l'eau, faire bouillir, puis ajouter la gomme laque. *(West. Dent. J.)*

Réparation des blocs de dents à gencive. — Pour réparer une dent brisée dans un bloc à gencive, meuler la dent brisée au niveau du bord gingival, puis choisir une dent de vulcanite et meuler pour l'ajuster à l'espace. Tasser de la vulcanite fraîche autour des crampons de la dent et vulcaniser avec soin comme pour une réparation ordinaire. *(Dent. Summary.)*

Vernis pour moulages en plâtre. — A 120 grammes d'éther sulfurique ajouter 60 grammes de collodion et 60 grammes de vernis d'argent. Laisser reposer le mélange 48 heures et agiter avant de s'en servir. Appliquer avec un pinceau, cela donne un aspect vernissé aux moulages. Conserver dans un flacon bien bouché. *(Amer. Jour.)*

Mise en cire des morceaux d'une pièce brisée. — Il est souvent difficile de mettre en cire une pièce brisée, surtout une pièce du bas. Si une bande de cire, analogue à celles dont les fournisseurs se servent pour placer les dents artificielles, est amollie et posée sur une surface plane résistante, un morceau de verre par exemple, la pièce

brisée peut être enfoncée dans la cire, les dents vers le bas, à deux mains pour maintenir les morceaux en position. Quand on lâche, ceux-ci restent en place et l'on peut examiner librement et mettre en cire. *(Dent. Rev.)*

Avantage de l'inlay d'or sur l'inlay de porcelaine. — L'inlay d'or a un avantage marqué sur l'inlay de porcelaine en ce que la matrice fait partie de l'inlay, lui permet de s'adapter exactement à la cavité et exige par conséquent un minimum de ciment. *(It. of int.)*

Calmant de la dentine sensible. — Humecter fréquemment la cavité et y placer un morceau de dioxyde de sodium, sur lequel on fait tomber une goutte d'eau. Il s'ensuit une douleur courte, après quoi on peut excaver presque sans douleur. Pour aller plus au fond une seconde application peut être nécessaire, habituellement sans douleur du tout. *(It. of int.)*

Mandrins usés. — Les mandrins à vis usés peuvent servir à tenir une meule si l'on emploie un peu de ciment mou pour mettre la vis en place. *(West. Dent. J.)*

Utilisation des verres de montres. — Les verres de montre en cristal mis au rebut par les horlogers peuvent servir à mélanger des médicaments et à d'autres usages pratiques. *(Dent. Rev.)*

Ajustage de l'articulation. — En plaçant les dents d'un dentier, après que les incisives et les canines sont en place, ouvrir l'articulateur de 1^{mm} environ pour amener la pression de l'articulation sur les bicuspides et les molaires où elle est nécessaire. *(West. Dent. J.)*

Manipulation du fouloir automatique. — Un petit morceau de tuyau de caoutchouc autour du fouloir automatique donne de la commodité ; il ne glisse pas, les doigts peuvent mieux le saisir et n'ont pas besoin d'exercer la pression qui est nécessaire sans cela. *(Dent. Rev.)*

Crayon à la plombagine. — Un crayon ordinaire à la plombagine vaut mieux qu'un instrument pour tasser la soudure. Celle-ci n'y adhère pas, il ne s'échauffe pas et ne brûle pas les doigts.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 26 mars 1907.

La séance est ouverte à 9 heures, sous la présidence de M. Blatter, vice-président.

M. le président. — J'occupe ce soir le fauteuil du président, en ma qualité de vice-président. M. Touvet-Fanton, fortement grippé, a dû s'excuser pour ce soir ; il m'a pour cette raison chargé de le remplacer.

Nous allons passer à l'ordre du jour qui appelle en premier lieu la lecture de la correspondance.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Touvet-Fanton, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion.

Lettre de M. Francis Jean demandant son inscription pour une communication sur les appareils extenseurs pour l'arcade dentaire inférieure, avec plan incliné bilatéral.

Lettre de M. Vanel demandant son inscription pour une communication faite en collaboration avec M. Beauvy, sur l'action de l'acide arsénieux sur la pulpe dentaire et les divers tissus de la dent.

Lettre de M. Johannidès qui devait faire une communication et qui par suite d'une erreur de l'Administration n'a pu être prévenu à temps pour se rendre ce soir à la réunion.

Lettre de la Société Belge d'Odontologie informant la Société d'Odontologie de Paris de la constitution de son Bureau.

M. le président. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter au sujet de la correspondance ?

Je crois que nous devons être très heureux de voir un nouveau groupement belge se former. Nous adressons nos félicitations au nouveau-né avec nos vœux de prospérité et de succès.

Vous avez tous reçu la nouvelle carte de convocation de la Société d'Odontologie. Le Bureau a estimé qu'il était nécessaire de modifier la forme des convocations de notre Société, pour les présenter sous un aspect plus élégant et éviter surtout la confusion qui existe par suite des multiples convocations que nous recevons.

Nous allons commencer notre ordre du jour par :

I. — Considérations sur l'emploi du chlorure d'éthyle a petites doses, par M. Camus.

M. Camus donne lecture de cette communication qui sera publiée ultérieurement.

Discussion.

M. Roy. — J'ai employé l'appareil de M. Camus et j'ai pu constater que cet appareil fonctionne très bien. Je suis très heureux de ce qu'il vient de dire tout à l'heure au sujet des anesthésies mixtes dont je suis grand partisan, non seulement pour toutes les raisons qu'il a indiquées tout à l'heure, mais pour une autre encore qu'il a omis de signaler et qui a également une très grosse importance.

Avec l'anesthésie mixte, en effet, on évite un des plus graves dangers de l'anesthésie générale : la syncope laryngo-réflexe du début, qui est une chose terrible, car elle arrive avec une soudaineté effroyable et elle est presque irrémédiable.

J'ai eu l'occasion de voir à l'hôpital deux cas qui ont été mortels, malgré tous les soins apportés presque immédiatement et j'en ai conservé un souvenir des plus pénibles. Aussi, lorsque je pratique l'anesthésie au chloroforme, j'ai toujours recours à l'anesthésie mixte. Autrefois j'employais le bromure d'éthyle, aujourd'hui le chlorure d'éthyle.

Mais après l'administration du chlorure d'éthyle, il est effectivement nécessaire, comme l'a dit M. Camus, de donner le chloroforme à dose massive, au moins immédiatement après l'administration du chlorure d'éthyle, puis de revenir ensuite aux doses normales.

M. Camus. — Je remercie M. Roy d'avoir indiqué la syncope laryngo-réflexe. C'est un point extrêmement important. Je voudrais à cette occasion indiquer un petit point de physiologie qu'on ne connaît pas très bien. La syncope du début est probable, mais il y a quelque chose que nous devons dire : c'est que, cette syncope mortelle du début, nous ne pouvons jamais la reproduire expérimentalement. Cela ne signifie rien, me direz-vous, parce que les animaux ne sont pas semblables à l'homme.

Par conséquent, je fais toutes mes réserves et j'admets et j'admettrai toujours que cette syncope existe.

A côté de cette syncope il y a la question d'intoxication,à laquelle on ne fait pas suffisamment attention. Cette intoxication on la démontre expérimentalement : il suffit de quelques grandes respirations pour déterminer la mort par intoxication. Je vais vous signaler une expérience de physiologie qui pourra vous intéresser.

On commence par mettre une canule dans la trachée d'un chien, puis on ferme cette canule. Le chien fait alors de l'asphyxie, il lutte pour faire de violentes respirations. Après avoir attendu une minute ou une minute et demie, on ouvre brusquement la canule. L'animal fait une ou deux respirations, puis il tombe : il est mort intoxiqué par le mélange de chloroforme que vous aviez préparé et qui n'était pas toxique par lui-même. L'animal meurt parce qu'il a fait de très

grandes respirations et qu'il a, de ce fait, absorbé une quantité suffisante de chloroforme pour le tuer. J'ai interrogé souvent les médecins auxquels il est arrivé des accidents par le chloroforme. Ils m'ont dit que les malades qui étaient morts avaient fait quelques grandes respirations.

La quantité de chloroforme absorbée dans ces conditions se modifie dans des proportions considérables. Avec un mélange de chloroforme titré, qui ne peut aucunement être toxique par lui-même, on peut tuer un individu ou un animal. Il ne faut pas oublier que, dès le début de la respiration, il peut se produire des accidents d'intoxication et que ces accidents d'intoxication sont très difficiles à éviter, parce que les mouvements respiratoires du début ne sont pas réguliers. Il faut se méfier beaucoup du changement du rythme respiratoire. On peut avoir, je le répète, des cas d'intoxication même avec des mélanges qui passeraient pour n'être pas toxiques.

M. le président. — Je crois être l'interprète de la Société d'Odontologie en remerciant M. Camus de sa très intéressante communication et de la présentation qu'il nous a faite de son appareil.

Cette communication n'a pas eu trait seulement à la présentation de son appareil, elle nous a, par la même occasion, donné des notions précises très intéressantes pour tous ceux qui s'occupent d'anesthésie. M. Camus nous a signalé des points de physiologie très importants, que nous trouverons dans notre pratique d'anesthésie.

Je lui renouvelle mes remerciements, au nom de la Société d'Odontologie.

II. — Contribution a l'étude des fours et pyromètres, par MM. Friteau et Riasse.

M. Friteau. — La communication, ou plus exactement la présentation que je vais faire ici ce soir en mon nom et en celui de mon ami M. Riasse, ne sera valable que lorsqu'elle sera accompagnée de démonstrations pratiques.

Je m'empresse donc de vous dire que je vous fais cette communication pour prendre date. Je me tiens à la disposition de la Société d'Odontologie pour faire ensuite la démonstration de ces appareils à une prochaine séance.

M. Friteau donne ensuite lecture de cette communication, qui sera publiée ultérieurement.

Discussion.

M. le président. — Quelqu'un demande-t-il la parole sur la communication de MM. Friteau et Riasse ?

M. Platschick. — Je ne saurais trop féliciter MM. Friteau et Riasse pour la présentation d'un four à pyromètre, ce dernier étant, à

notre avis, le seul moyen dont nous disposons actuellement pour mesurer la température d'un moufle, qu'il soit chauffé au gaz ou à l'électricité. Il y a cependant un point sur lequel nous ne sommes pas d'accord, c'est celui de la mobilité du couple. C'est, à mon avis, une erreur d'avoir fait un couple mobile. Les fabricants qui, pour utiliser leurs vieux fours, avaient adopté au début le couple mobile, y ont renoncé reconnaissant ses inconvénients.

Le couple thermo-électrique qui se trouve dans un moufle ne doit pas indiquer la température de ce moufle lui-même, pas plus qu'un thermomètre placé près d'un poêle dans une pièce n'indique la température de la pièce. La substance à cuire devant se trouver dans le milieu du moufle, il est évident que les indications du pyromètre sont conventionnelles et ne donnent pas le degré de température du moufle lui-même. Il suffit que le couple soit légèrement déplacé et ne se trouve plus dans la même position par rapport aux parois du moufle pour que ses indications changent.

L'inconvénient du couple placé en dehors, c'est qu'il ne pourra pas toujours se trouver dans les mêmes conditions.

Les derniers constructeurs de fours électriques avec couples mobiles ont reconnu ces inconvénients et ont établi des couples fixes dans le moufle.

Quant à la modification du métal lui-même, qui constitue le couple et qui est exposé à la chaleur, en théorie ce que vous dites est exact et en pratique encore plus si nous devions arriver à des températures excessivement élevées, beaucoup plus élevées que celles employées dans les fours dentaires, parce que l'on peut employer les fours à pyromètre pour fondre des substances dégageant à haute température des vapeurs capables d'attaquer le platine. Il n'en est rien dans les fours de dentistes, car le maximum que nous atteignons est 1350°, température à laquelle la coloration des dents de toute marque est altérée. Or à 1350°, et même plus haut, le couple platine et platine iridié ou rhodié que nous employons ne saurait être altéré : la théorie le dit et la pratique de milliers de cuissons le démontre.

M. Friteau. — Je ne conteste pas les affirmations théoriques de M. Platschick, je ne peux que les constater.

Je donne rendez-vous à M. Platschick à la prochaine démonstration, il verra que les températures que nous avons établies l'ont été avec des pyromètres spéciaux et des couples spéciaux. Où nous ne sommes plus d'accord, c'est lorsqu'il dit que les couples de platine et platine iridié sont suffisants parce que nous n'employons pas de températures supérieures à 1300°. C'est justement parce qu'il y a des pâtes pour lesquelles une température supérieure à 1300° est nécessaire que nous avons pensé à faire des modifications aux pyromètres déjà existants. M. Platschick nous dit que les pâtes fondent

à 1300°, je signalerai qu'il y a la pâte de Chauvin, la pâte de la Consolidated qui ne fondent qu'à 1400° (environ). C'est justement pour cela que nous avons construit ce pyromètre. C'est pour cette raison qu'avec mon ami Riasse, j'ai cherché les modifications que nous venons de vous présenter. Je pense qu'elles ne sont pas tout à fait inutiles. C'est l'expérience, la pratique beaucoup mieux que la théorie qui nous donnera raison.

Si nous nous sommes trompés, nous serons disposés à en convenir. Avec cet appareil nous n'avons pas à chaque instant les accrocs qui se présentent avec les autres pyromètres toutes les fois qu'on peut passer 1300°, cas où nous avions des températures absolument inexactes, et où nos couples s'altéraient.

M. Platschick. — Les pâtes dont M. Friteau parle sont les pâtes de M. Chauvin et de la Consolidated. Sans faire tort à M. Chauvin, je dirai de ses pâtes qu'elles sont presque abandonnées. Elles étaient d'ailleurs destinées seulement à être employées avec le chalumeau oxhydrique. Je crois avoir été le premier, sinon le seul, à donner le degré de température approximatif de la cuisson des pâtes de Chauvin.

Au sujet du degré de température, quand nous disons qu'une pâte cuit à une température de tant de degrés, nous ne connaissons pas le régime de la température, c'est-à-dire le laps de temps pendant lequel les corps à cuire seront soumis aux températures intermédiaires entre celle du commencement et celle de la fin. M. Friteau me dit que c'est 1398°. Je pourrais dire qu'elle cuit à 1350° avec le pyromètre de Ferry. Je cuirai en effet cette pâte de la Consolidated à 1350°. C'est une question de régime.

Un four à pyromètre ne donne de certitude au point de vue de ses indications que s'il a été contrôlé au moyen du pyromètre de Ferry et cela pour chaque moufle, or je ne vois pas dans le four présenté où peut être placée la lunette de Ferry.

M. A. Riasse. — Je répondrai à M. Platschick que lorsque nous avons fait ce pyromètre avec M. Friteau, nous avons pris trois pyromètres Contrôle. Nous avons commencé nos essais avec votre four, puisqu'il est très logiquement répandu et dans ces conditions jusqu'à 1200°. Quand on arrive à 1300° les observations qu'on peut faire, alors, sont absolument faussées, surtout si l'on fait deux ou trois chauffes successives. Le métal s'échauffe, et le galvanomètre donne des indications erronées.

Nous avons pris un couple de platine et de platine iridié, nous l'avons placé dans ce bouchon de manière à l'introduire jusqu'au milieu du four. Un autre couple a été placé à la porte du four. Nous avons noté les indications données par nos pyromètres pour le fond du four et le milieu du four. Nous avons gradué notre pyro-

mètre avec la graduation 0 à 1.000° avec cette différence qu'il y a environ 500° de différence entre l'orifice et le fond du four que celui-ci soit à gaz ou à électricité.

Dans les fours, il arrive, comme vous l'indiquez très bien dans votre brochure : c'est qu'on ne doit jamais chauffer deux fois de suite, parce que les indications du pyromètre se trouveraient faussées.

Avec le pyromètre mobile, cet inconvénient n'existe pas.

Je suppose qu'on ait à faire deux opérations. Avec un inlay, par exemple on est obligé de procéder quelquefois en deux ou trois fois. Avec nos appareils rien n'est plus facile à faire. Vous laissez de côté le premier bouchon que vous venez d'employer et vous continuez votre travail avec un second.

Dans les fours actuels, si l'on ne surchauffe pas, c'est à cause du pyromètre. L'avantage de ce pyromètre, c'est qu'il obture le four. On peut aussi obturer le four avec le vôtre, mais avec celui de Ferry, ce n'est pas possible.

Il est évident que pour tout ce que j'appelle basse fusion, il s'agit de toutes les pâtes qui se traitent au-dessous de 1200° et pour lesquelles le four électrique est suffisant. Mais au-dessus de cette température, on est obligé de recourir à un autre moyen. Avec ce petit four à gaz et avec chalumeau, on arrive très bien en quatre minutes à 1440° et alors on a une cuisson complète.

Avec mon pyromètre, qui est gradué de 0 à 1.000° comme température maximum à la porte de mon four, j'arrive à donner des indications pour le milieu du four et le fond du four jusqu'à 1400 et 1500° centigrades.

M. Platschick. — Ce n'est pas pour avoir le dernier mot que je répondrai à M. Riasse, mais bien parce que c'est une question que j'ai étudiée, que j'ai à cœur et qui m'intéresse beaucoup. Je n'ai pas l'intention de soutenir que mon pyromètre est meilleur, je n'ai d'ailleurs pas inventé un pyromètre, car en vérité c'est l'instrument de tout le monde : c'est un galvanomètre. La seule idée que j'ai eue, c'est celle de créer un moufle interchangeable pour permettre — en cas de réparations — de n'être pas arrêté dans son travail.

Je suis absolument partisan de tous les fours à pyromètre et en conséquence je suis partisan de celui-ci ; reste à savoir s'il est bon ou mauvais.

Les points que je discute, ce sont quelques-uns de ceux qui ont été présentés par M. Friteau, à savoir la facilité de contrôle.

Les affirmations de M. Riasse me confirment que le contrôle n'a pas été fait, car le seul contrôle possible, je le répète, est le pyromètre de Ferry.

Pour ce qui est de la bonté du couple mobile, je m'élève contre cette idée : je trouve qu'elle est très mauvaise.

Quant à la possibilité d'avoir deux résultats différents au bout de deux ou trois cuissons, ceci ne provient pas précisément de ce que les fils conducteurs du couple pyrométrique au galvanomètre deviennent plus résistants (ceci n'arrive que pour des cuissons qui durent des heures et ce n'est pas notre cas), c'est parce que le four lui-même n'est plus dans les mêmes conditions. Cela est vrai pour n'importe quel four : si, par exemple, votre moufle a servi déjà deux ou trois fois pour une certaine température, si vous voulez cuire un émail et si vous partez de 0, pour faire des observations jusqu'à 1300° par exemple, vous n'obtiendrez pas du tout les mêmes résultats que si vous partez alors que votre four est déjà porté à un certain degré de température.

Si j'ai rendu brillante la surface d'une pâte à basse cuisson, pâte de Jenkins par exemple, en partant du four à 0 et en l'élevant jusqu'à 750° dans un laps de temps déterminé, je n'aurais pas obtenu les mêmes résultats si mon four avait été à 300° au moment du commencement de la cuisson. Cette différence est due à la différence de durée de cuisson et à ce que la pâte avait déjà subi une modification dans le premier cas entre 0 et 300°. Le régime de cuisson doit toujours être présent à l'esprit, car il ne s'agit pas seulement de connaître le degré de température pour avoir des indications suffisantes de la fin de la cuisson.

M. A. Riasse. — A ce point de vue-là je ne suis pas précisément de votre avis, M. Platschick. Je n'ai pas l'expérience que vous pouvez avoir. Vous savez que je me suis occupé depuis deux ans de porcelaine appliquée à l'art dentaire. J'ai débuté avec votre four pour la porcelaine. Il faut dire en passant qu'on appelle porcelaine un peu toutes sortes de choses. Je suis persuadé quant à moi, jusqu'à preuve du contraire, qu'il n'est pas nécessaire de partir de 0 pour cuire la porcelaine.

On peut parfaitement partir de 500°.

Si nous prenons un four électrique afin d'y cuire de la porcelaine, à 1200°, nous allons mettre 10 à 12 minutes pour arriver à cette cuisson. Avec le four à gaz, j'arriverai en deux minutes et demie pour obtenir la même cuisson, même apparence, même composition.

Notre pyromètre a été réglé avec tout le soin possible.

A 1365° j'obtiens un gros granité, à 1400° j'arrive à la cuisson sans déformation, quel que soit le temps que j'emploie, que je cuise avec un four électrique ou avec un four à gaz. C'est là ce qui me fait supposer que les différents points de température, les différents degrés de température du point de départ n'influent pas sur la cuisson de la porcelaine. Voilà ce que j'ai constaté jusqu'à présent.

M. Platschick. — Il est un point important que je désire relever. Je suis d'accord avec tous ceux qui ont fait de la porcelaine à savoir que

le régime de la cuisson joue un rôle très important. Je viens de vous dire que, pour la pâte de Jenkins, le régime a une certaine importance. Pour la pâte de la Consolidated, ce sera la même chose au point de vue des températures, mais la température intermédiaire à partir de laquelle on observera une influence sur la cuisson sera peut-être 1000°. J'ai d'ailleurs fait une série de tableaux dans lesquels on peut voir que la même pâte, soumise à un même degré de température, a un aspect absolument différent suivant la durée de la cuisson et les degrés intermédiaires du four au moment du début de la cuisson.

Je rappelle également que la haute température, comme convention, est au-dessus de 1065°. Prenons un carré d'une pâte quelconque, je vous montrerai la pâte qui est brillante et la pâte qui ne l'est pas, suivant le régime de sa cuisson. Elles auront atteint le même degré de température.

Si vous introduisez votre pâte à un degré de température donné dans votre four, la modification dépendra du degré maximum que vous devez savoir. Vous saurez à quel degré intermédiaire votre pâte commencera à se modifier.

Je vous présenterai même vos pâtes cuites à des degrés de température différents et vous constaterez facilement les différences. La question principale, qui n'est pas encore élucidée, c'est de savoir de quelle façon il sera préférable de les cuire, c'est-à-dire s'il est bon de les cuire en trois ou cinq minutes en les soumettant à un degré plus élevé ?

Vous faites erreur en disant que seulement avec un four à gaz vous arrivez à la température indiquée en quatre minutes. Avec un four électrique vous arrivez aussi, montre en main, à 1350° en deux minutes et demie, ce qui est d'ailleurs parfaitement inutile.

M. A. Riasse. — Avec quel four ?

M. Platschick. — Je suis obligé de vous dire que c'est avec le mien seulement. J'y suis effectivement arrivé et vous en ferai la démonstration quand vous voudrez.

M. A. Riasse. — La discussion pourra se reprendre sur des observations pratiques : cela sera plus intéressant pour tout le monde.

Il faut faire bien attention qu'il y a porcelaine et porcelaine. Si nous nous en rapportons à ce qu'on dit à la manufacture de Sèvres, par exemple, on saura qu'ils disent couramment qu'à 1000° ils font de la faïence, à 1500° ils font du verre, à 1270° ils font du grès et à 1440° ils font de la porcelaine.

Les observations de M. Platschick au sujet de la pâte de Jenkins sont peut-être justes, mais elles n'ont peut-être aucune valeur — je n'en sais rien — pour ce qui se rapporte à la porcelaine proprement dite.

Je vous répète que je suis allé à Sèvres pour contrôler les résultats que j'ai obtenus.

M. Viau. — Est-ce que ce four est d'un nouveau modèle ?

M. A. Riasse. — Pas précisément, c'est un four à gaz qui a été construit un peu par tâtonnements, en copiant ce qui existait déjà.

Il faut quatre minutes et demie pour obtenir des températures de 1400° à 1440°, et cela très facilement avec l'air comprimé.

M. le président. — Vous venez d'entendre la très intéressante discussion provoquée par la présentation de MM. Friteau et Riasse. Cette question des pyromètres est très captivante. J'adresse à MM. Friteau et Riasse toutes nos félicitations et je les remercie de nous avoir présenté leurs appareils.

M. Friteau nous a dit qu'il se mettait à notre disposition pour nous faire une démonstration pratique. Nous aurons M. Platschick d'un autre côté. Ce sera donc une séance de démonstrations intéressantes. Je remercie bien sincèrement les deux auteurs de cette présentation.

III. — Pseudo-odontalgie d'origine grippale, par M. Roy.

M. Roy donne lecture de cette communication qui sera publiée ultérieurement.

Discussion.

M. Friteau. — La communication de M. Roy est extrêmement intéressante.

Puisque M. Roy parle d'accidents localisés à la mâchoire supérieure, je me demande s'il ne s'agirait pas tout simplement d'accidents des muqueuses du sinus maxillaire.

Chacun sait combien la grippe, dans les infections de cet ordre, envahit et atteint particulièrement les muqueuses des voies respiratoires. Il me semble justement voir dans les points névralgiques une raison qui pourrait peut-être expliquer ces accidents dont nous parle M. Roy.

Je me demande s'il n'y aurait pas une relation entre ces douleurs et l'infection possible de la muqueuse du sinus. Je ne suis pas préparé pour cette discussion, mais il me semble qu'il y aurait peut-être là une explication pouvant servir à M. Roy pour donner une raison plus plausible de cette forme de pseudo-odontalgie.

M. Meng. — Pendant l'épidémie de 1890 j'ai observé deux cas d'odontalgie d'origine grippale et à ce moment-là déjà j'ai reconnu que ces accidents provenaient d'infection du sinus causée par le coryza. Cette année-ci il m'a encore été donné de voir deux cas semblables et ce qu'il y a de particulier, c'est que sans quinine ou antipyrine, des fumigations d'eucalyptus mentholé occasionnent toujours une grande amélioration.

M. Roy. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Friteau, quant à l'étiologie de cette névralgie. Dans ma précédente communication, il y a deux ans, j'ai déjà dit que l'origine de cette névralgie était une sinusite grippale. Dans ma communication de ce soir je ne suis pas

revenu sur les données étiologiques, que j'avais précisées précédemment, je m'en suis tenu à la symptomatologie de cette *pseudo-odontalgie.* Mes premières observations, en effet, avaient été un peu incomplètes, car j'avais été un peu surpris par les premiers cas que j'avais rencontrés; mais cette année mes observations se sont précisées et je me suis attaché davantage à étudier la symptomatologie de cette affection et c'est d'elle surtout que j'ai voulu vous entretenir ce soir.

Nous savons tous et tous les médecins savent qu'il y a fréquemment au cours de la grippe des névralgies diverses, mais il est un point qui n'intéresse peut-être pas spécialement le médecin, mais intéresse beaucoup le dentiste, c'est de savoir que parmi ces névralgies il en est une qui affecte une forme particulière avec une localisation si nettement précisée par le malade qu'elle peut amener des erreurs de diagnostic telles que moi-même, bien que l'esprit plutôt prévenu de ce côté, j'ai pu être amené il y a quelque temps à désobturer inutilement une seconde prémolaire, absolument indemne, mais accusée par le malade de lui occasionner des douleurs dont j'ai pu, par la suite, constater la réelle origine. Il s'agissait en effet d'une pseudo-odontalgie due à une grippe dont le malade avait été atteint quinze jours auparavant et qui paraissait totalement disparue.

M. le président. — Je remercie M. Roy de sa très intéressante communication.

L'ordre du jour appelle la communication intitulée

IV. — Considérations sur le traitement de la carie du 4e degré, par M. Izambard.

M. Izambard donne lecture de sa communication. (Sera publiée ultérieurement.)

Discussion.

M. Roy. — Je suis très heureux qu'un de nos confrères reprenne ce mode de traitement qui est assez original et que je connaissais depuis son apparition, puisque je l'avais signalé dans mon petit manuel, ainsi que M. Izambard a eu l'amabilité de le rappeler. J'avoue n'avoir pas expérimenté ce procédé, parce que les procédés de traitement que j'emploie pour le quatrième degré ne donnent des résultats très satisfaisants, mais il est incontestable que ce procédé est basé sur des idées ingénieuses et je suis heureux que les expériences de M. Izambard viennent confirmer ce que je connaissais de ce mode de procéder.

J'ai eu l'occasion de rencontrer M. Schreier à Munich il y a quelques années, il m'a dit que depuis 1893 il était toujours satisfait de son procédé, qu'il continuait à employer avec succès.

Quant à l'emploi de la digue pour ce traitement, je pense qu'il s'agit en l'espèce d'un agent assez caustique ; aussi je crois qu'il est prudent, ne serait-ce que pour cette raison, d'user de cette précau-

tion. Il me semble qu'on a dû faire ici quelques démonstrations pratiques il y a douze ou treize ans. Ces choses sont tombées un peu dans l'oubli et je crois qu'il serait très utile que M. Izambard voulût bien nous faire un de ces jours la démonstration pratique des petites modifications qu'il a pu apporter au procédé de Schreier.

Le président. — Je crois que l'auteur de la démonstration pratique qui avait été faite à l'Ecole est présent ici.

Un membre. — Non pas, mais la personne qui a fait la démonstration de ce procédé à l'Hôtel-Dieu — je ne sais pas si c'était l'inventeur ou son représentant — vendait ce produit sous le nom de Calinatrium. Le flacon était bouché avec la paraffine. On prenait un petit peu de ce produit, avec un peu de paraffine, il enfonçait le produit dans le canal, il n'y avait pas d'explosion, mais seulement une petite étincelle. J'ai employé ce procédé, mais j'ai eu de la périostite, ce qui m'a fait y renoncer.

M. Debray. — Avec le sodium il n'y a pas besoin de mettre la digue. J'ai expérimenté ce produit ici. Du moment qu'on sèche fortement les canaux, vous pouvez avec une sonde y enfoncer le sodium jusqu'au fond, et mettre ensuite un petit morceau de caoutchouc. Il vous suffit ensuite de mouiller légèrement le morceau de caoutchouc pour obtenir l'effet désiré. Ce dont a voulu parler notre confrère, c'est du potassium qu'on employait à ce moment-là.

M. Martinier. — Je voudrais faire une simple remarque au point de vue du traitement du quatrième degré, suivant le moyen préconisé par M. Izambard. Je crois effectivement qu'il y a un fait absolument certain, c'est que chaque fois que nous traitons un quatrième degré, nous devons mettre la digue. C'est là un point esssentiel, quel que soit le procédé employé. Nous ne devons pas admettre qu'il nous soit possible d'arriver à un résultat quelconque sans prendre toutes les précautions possibles pour nous abriter contre l'infection. Il me semble qu'il est absolument impossible de se servir d'un médicament, de cette nature surtout, sans mettre la digue et sans se préserver complètement contre toute fusion du médicament. Je crois qu'il faut mettre la digue dans tous les cas de traitement du quatrième degré.

M. le président. — Je dois féliciter tout particulièrement M. Izambard d'être venu ce soir au milieu de nous. Il est un collaborateur de *L'Odontologie*. Il a habité Rochefort et, quoique récemment arrivé à Paris, il nous apporte tout de suite une preuve de son activité en nous faisant une très intéressante communication. C'est un nouveau et un bienvenu parmi nous. Je lui réitère nos sincères félicitations.

V. — Le plan incliné pour le saut de l'articulation, par M. Meng.

M. Meng. — Le Dr Gaillard, dans son magistral traité des déviations dentaires, en 1879, disait déjà : Aujourd'hui rien n'est bon, s'il ne vient

de l'étranger ou s'il n'est présenté, comme étant d'origine étrangère.

C'est pourquoi, je m'empresse d'attirer votre attention sur le numéro du *Dental Cosmos* de février dernier. Vous y trouverez les comptes rendus de la Massachusetts Dental Society ; M. Georges Baker, de Boston, en présentant un cas de redressement, étudie minutieusement les causes de la mauvaise position des dents. Il y a plus de dix ans que, dans les discussions sur les déviations, je m'efforçais d'attirer votre attention sur ce point ; à notre avis le principal dans tout redressement, c'est d'étudier l'étiologie de la déviation.

J'ai été le premier et pendant longtemps le seul à soutenir ce principe ; en retrouver la trace dans vos annales, je ne l'espère pas, on a si souvent passé sous silence mes discussions !

Dans la même société, M. Doubleday, de Boston, fit une présentation, qui n'a pas été sans me causer un certain orgueil. J'y ai trouvé photographié et en belle posture le plan incliné que j'ai eu l'honneur de présenter au Congrès international de 1900, ce plan qui me permit d'obtenir le saut de la morsure, le Jumping of the bite, opération que j'ai été le premier à réussir ; c'est encore grâce à lui que j'ai pu mener à bien les redressements que j'ai présentés à vos réunions du dimanche et dont les spécimens ont arraché à un de mes bons amis ce cri du cœur, flatteur pour moi : Vos modèles ont été maquillés.

Pour jouer au billard, il ne suffit pas d'avoir une queue et des billes, pour redresser les mâchoires, un plan incliné quoique possédant déjà tous les principes du parallélogramme des forces. Alors, que nos praticiens emploient des appareils si merveilleux de complications, le mien semblait maigre ; je fis mon possible pour m'en expliquer, mais devant l'indifférence de ceux qui auraient dû faciliter ma tâche je me résignai, il passa inaperçu pour beaucoup.

Pourtant comme les mêmes problèmes appellent les mêmes solutions, M. J.-B. Davenport devant l'American dental club de Paris en mars 1901, M. Ainsworth à la Société de stomatologie de New-York en mai 1904, M. Villiam Davenport au 4e Congrès international à Saint-Louis étudient cette intéressante question.

Enfin M. Doubleday, de Boston, connaissant les travaux précédents, croyant les perfectionner, arrive à considérer comme un appareil de choix le plan incliné reposant sur le maxillaire supérieur, il en fait les plus grands éloges surtout au point de vue de l'antisepsie buccale ; en six ou huit semaines il obtient un très bon résultat. Peut-être qu'en France nos patients ont les os plus durs : je n'ai jamais dans mes nombreux redressements mis moins de six mois, il m'est même arrivé de ne pas réussir du tout.

Vous en donner les raisons serait dépasser les limites du cadre que je me suis tracé, j'ai tout simplement voulu vous signaler que le plan incliné, si longtemps négligé en France, que j'ai présenté comme un

perfectionnement en orthodontie au Congrès de 1900, grâce à de nouvelles idées, sera bientôt un instrument merveilleux, que nous adopterons avec enthousiasme parce qu'il nous viendra d'Amérique.

VI. — Un moyen de réparer la pièce a main du tour, par M. Roy.

M. Roy. — Il y a longtemps que la rubrique des présentations diverses n'a pas fonctionné. Il n'est pas une heure indue et je vais, si vous voulez bien m'accorder cinq minutes, vous indiquer un moyen qui rendra peut-être quelques services à ceux qui ignorent le petit procédé que je vais indiquer. Cela concerne la pièce à main du tour.

La plupart d'entre nous ont un tour avec une pièce à main n° 7. Or, il arrive quelquefois que cette pièce à main refuse un beau jour de retenir les fraises qu'on lui confie. La pièce à main tourne, mais la fraise ne tourne pas. Cet accident m'est arrivé, comme à vous. J'en ai cherché la cause et c'est le moyen de faire vous-mêmes la petite réparation nécessaire que je me permets d'indiquer à ceux qui ne le connaissent pas encore.

Vous avez tous, je pense, démonté votre pièce à main.

Vous avez vu alors les diverses pièces dont elle se compose et dont je reproduis quelques-unes dans le dessin ci-contre (fig. 1). Parmi ces

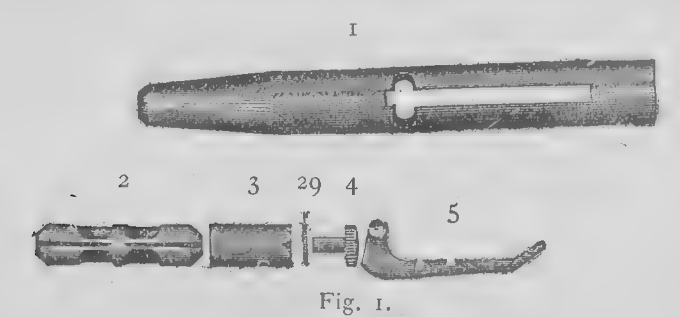


Fig. 1.

pièces il y a une petite rondelle de cuivre (29) qui se place entre la pièce 3 et la pièce 4. Or donc, lorsque les fraises ne sont plus maintenues assez serrées dans la pièce à main, il suffit d'ajouter une nouvelle rondelle semblable ou de la remplacer par une autre un peu plus épaisse en cuivre ou en maillechort et le serrage se fera de nouveau d'une façon parfaite.

Excusez-moi de vous avoir entretenu d'un aussi petit détail, peut-être connu de vous tous, mais il suffit que quelques-uns d'entre vous l'ignorent pour que j'espère n'avoir pas abusé de vos instants.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
Georges Lemerle.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

SÉANCE DU 30 AVRIL 1907

Extrait du procès-verbal.

La séance est ouverte sous la présidence de M. Amoëdo, président.

Le procès-verbal de la séance du 26 mars 1907 est adopté à l'unanimité.

Le secrétaire général donne lecture des lettres dans lesquelles MM. H. Colin, J. d'Argent, A. Rollin, C. Godon, E. Cramer, Brigiotti, E. Beltrami, Chance, Roussel et Solbrig s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. Amoëdo informe l'assemblée qu'il a reçu de M. Francis Jean, président de la Section d'Odontologie au Congrès de l'A. F. A. S., une lettre officielle d'invitation en vue de la participation éventuelle de la Société Odontologique de France au Congrès de l'A. F. A. S.

M. Amoëdo ajoute que le bureau avait adhéré à cette invitation et que la Société nommerait en temps utile ses délégués.

M. Amoëdo salue, en termes élogieux pour chacun d'eux, la présence dans la salle des séances, de MM. Michaëls, Isaac, Touvet-Fanton, Plastchick, Gires, Poinsot et Kriado.

La parole est ensuite donnée à *M. Decolland*, pour la présentation d'un *appareil pour l'anesthésie générale par doses très réduites.*

D'après M. Decolland, les avantages de son appareil consistent, en ce que sa construction relève des lois nouvelles de l'anesthésie générale et que son fonctionnement repose sur le principe de l'anesthésie à distance à l'aide de doses très réduites.

Ont pris part à la discussion : MM. Amoëdo, Siffre, Grimaud, Barden et Decolland.

M. J. Baratoux, professeur libre d'oto-rhino-laryngologie, donne lecture de sa communication portée à l'ordre du jour, sur le *diagnostic des sinusites maxillaires.*

Cette communication, très documentée, est appuyée par la présentation de la plupart des appareils constituant l'instrumentation dont il se sert pour la recherche du diagnostic et le traitement chirurgical des sinusites maxillaires.

La parole est donnée ensuite à M. A. Beauvois, chef de clinique à la clinique ophtalmologique « Galezowski », pour sa communication : « *De quelques troubles oculaires reflexes d'origine dentaire* ».

M. A. Beauvois, après avoir étayé sa communication par la des-

cription très détaillée de tout le champ anatomo-physiologique de la 5e paire (trijumeau), énumère les troubles oculaires les plus fréquents pouvant survenir à la suite de pulpites, arthrite alvéolo-dentaire, etc... tels que : larmoiement, mydriase, parésie de l'accommodation, strabismes, etc., etc.

Ont pris part à la discussion : MM. Siffre, Amoëdo et H. Cramer.

M. Amoëdo remercie vivement MM. Baratoux et Beauvois de leurs très intéressantes communications.

M. Siffre a la parole pour la présentation d'un produit qu'il emploie pour le traitement du 4e degré.

Il s'agit d'une solution de cristaux d'iode métallique et d'iodure de potassium dans de la glycérine. L'idée de véhiculer l'iode par la glycérine lui est venue du fait de la manipulation difficile de l'iode sous forme de teinture dans le traitement des canaux. Cette solution de glycérine iodo-iodurée est d'aspect sirupeux, ce qui rend sa manipulation d'autant plus facile, en même temps que l'iode s'évapore moins facilement.

M. Grimaud craint que la glycérine ne fixe par trop l'iode et que celui-ci, par le fait de cette trop grande fixation, n'agisse pas assez efficacement.

M. Amoëdo vante les excellents résulats thérapeutiques de l'iode dans le traitement des canaux.

Pour lui, l'iode est le spécifique laissant loin derrière lui tous les autres produits : iodoforme, formol et ses composés, etc., lesquels ont des mécomptes à leur actif.

En effet leur action ne dépasse pas l'apex, tant que celui-ci est fermé ; mais, qu'il s'agisse d'une racine dont le diamètre de l'apex est agrandi, et l'on verra très fréquemment des accidents du côté du ligament alvéolo-dentaire dus aux vapeurs irritantes de ces produits.

L'iode, au contraire, n'a jamais de ces effets fâcheux.

M. Amoëdo remercie et félicite M. Siffre.

Sur le rapport verbal de M. H. Cramer, rapporteur de la commission des candidatures, l'assemblée adopte, à l'unanimité, l'admission, comme membres titulaires, de MM. Georges Demonchy, Denemak, Léger Dorez, O. Solbrig et Diaz.

La séance est levée à 11 h. 15.

Le secrétaire des séances,
E. FOURQUET.

HYGIÈNE

SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS ASSISTÉS

Je lis dans le *Bulletin du Syndicat* du mois de mars dernier, sous la signature de notre distingué confrère M. Rigolet : que l'Administration générale de l'Assistance publique vient enfin de donner satisfaction à la demande si légitime que j'avais adressée à son Directeur.

J'en suis ravi, mais un point reste obscur, c'est le moyen par lequel cette satisfaction nous fut accordée et il me semble juste de rendre à César ce qui lui appartient.

Je donnais déjà depuis nombre d'années tant aux simples soldats qu'aux pupilles de l'Assistance publique mes soins désintéressés et, après avoir constaté que beaucoup de ces enfants avaient besoin des soins d'un praticien sérieux, dans une lettre adressée au président de la Fédération nationale et que *L'Odontologie* inséra à la date du 15 décembre 1902, je montrai la nécessité qu'il y avait de traiter ces enfants d'une façon sérieuse et efficace, ce qui par ce fait même nécessitait, à mon point de vue, une rémunération.

Je trouvai auprès de notre président, M. Godon, un appui chaleureux ; il s'occupa du projet que j'avais adressé à M. le Directeur du service provincial de l'Assistance à Paris. Sur ses instances et accompagné par lui, je pus moi-même en mars 1905 présenter ma requête à M. Mesureur, qui voulut bien s'y intéresser et par suite y faire droit.

Voilà en quelques mots l'historique de la question, et je suis heureux de pouvoir dire : Gaudeamus, Rigolet. Gaudeamus, mais surtout remercions M. Mesureur de l'accueil si favorable qu'il voulut bien faire à mon projet en l'adoptant après quelques mois d'étude sans oublier M. Godon qui, par sa bonne intervention, m'a aidé à obtenir pour moi et mes confrères, cette juste satisfaction due à l'obligeance de M. le Directeur de l'Assistance publique.

W. E. BRODHURST.

Avril 1907.

SERVICES DENTAIRES SCOLAIRES

Nous empruntons ce qui suit au rapport présenté à la 35e Assemblée générale de la Caisse des écoles du 8e arrondissement de Paris (1906).

. . . .

Service dentaire. — Quant à notre service dentaire, il continue de fonctionner sans donner tous les résultats qu'on pourrait en attendre.

MM. Godon, Lempert et Lalement, chargés de cet intéressant service et qui y apportent le dévouement le plus louable en même temps que le plus désintéressé, sont unanimes à déclarer qu'il ne pourrait être réellement efficace que s'il était complété par une inspection semestrielle de la bouche des enfants faite par un dentiste désigné à cet effet.

A différentes reprises votre Comité a communiqué à l'Administration ce vœu, chaque année renouvelé, mais il lui a été répondu que les médecins inspecteurs des écoles étaient tout indiqués pour procéder à cet examen et que c'était à eux que revenait le soin d'aviser les familles, le cas échéant. Dans ces conditions nous ne pouvons que faire appel à la sollicitude bien connue de MM.les médecins-inspecteurs et les prier de nous aider, en ce qui les concerne, à améliorer, dans la mesure du possible, le fonctionnement de notre service dentaire.

LA DENTISTERIE DANS LES FABRIQUES

Les directeurs d'une fabrique de biscuits de Londres signalent au *British Dental Journal* que les soins médicaux donnés par les médecins de la fabrique aux ouvriers étaient souvent rendus inutiles par l'état de la bouche des patients, qui rendait la mastication impossible et entraînait comme conséquences la dyspepsie et un mauvais état général. Les directeurs s'entendirent donc avec un dentiste de la ville qui devait venir passer deux matinées par semaine dans un dispensaire aménagé à proximité de la fabrique. Le personnel comprenant environ 2400 hommes, femmes ou enfants, les deux matinées devinrent bientôt insuffisantes — les soins dentaires étant gratuits — et furent portées à trois, de trois heures chacune.

L'amélioration qui s'en est suivie dans la santé des ouvriers compense largement les dépenses du service dentaire ; aussi les directeurs pensent-ils que leur exemple sera suivi.

En douze mois 338 patients ont été traités, savoir : 187 hommes et enfants (garçons), 151 femmes et petites filles, ayant déjà 5 ans 1/2 de présence dans la fabrique.

Tous les quinze jours une heure est consacrée aux cas exigeant l'anesthésie. Le médecin est alors présent. Il a été traité ainsi jusqu'à dix patients en une heure. Le nombre des anesthésies au protoxyde d'azote générales a été de 284 ; 1053 extractions ont été ainsi faites. Sous l'anesthésie locale il a été fait 316 extractions.

Obturations : amalgame, 356 ; ciment, 190 ; temporaires, 217 ; racines traitées et obturées, 156 ; pyorrhée, 8 ; divers, 27 ; dentiers posés, 58 (Dans ce cas le patient supporte une partie de la dépense).

(*Brit. Dent. J.*, 2 avril 1906.)

LA SANTÉ DU DENTISTE

La profession de dentiste n'est pas particulièrement saine. Les progrès de tout genre imposent au praticien une tâche plus pénible qu'autrefois. On se préoccupe peu d'ordinaire de la cause de la mort des dentistes et des médecins. Cependant une statistique a été faite par le journal de l'Association médicale américaine ; elle porte sur les causes de la mort de 2.142 médecins survenue en 1904. L'âge moyen de ces praticiens était 60 ans ; la durée moyenne de leur pratique 30 ans.

Sur ce nombre on a constaté :

Maladies de cœur..................	295 décès.	9,57 o/o
Hémorragie cérébrale..............	179 —	8,35 o/o
Pneumonie.........................	172 —	8 o/o
Néphrite..........................	91 —	4,24 o/o
Tuberculose.......................	90 —	4,2 o/o
Cancer............................	39 —	1,8 o/o

Ce tableau montre que dans une profession où la vie est agitée les maladies du système circulatoire prédominent.

Le dentiste, il est vrai, n'a pas son repos nocturne troublé, mais, par contre, il est debout pendant la plus grande partie de la journée.

Il est bon pour le dentiste d'habiter loin de son cabinet, c'est-à-dire de ne pas exercer dans sa demeure. Il s'assure ainsi des heures de travail limitées, de l'air frais et un peu d'exercice. Il fera bien de s'asseoir quand il le pourra, d'éviter de travailler par la vision directe, c'est-à-dire avec ses mains au-dessus du niveau de ses épaules. En opérant par la réflexion dans les cas d'obturation, il imposera un effort moindre à son cœur.

Comme nourriture il évitera d'en prendre trop, quand il sera à l'âge mûr, comme boisson il prendra une quantité suffisante de liquide. Il se livrera aux exercices physiques, à la marche, pour fortifier ses muscles. Des distractions modérées lui feront du bien ; elles détendent et reposent l'esprit et après on se remet au travail avec une nouvelle ardeur.

(*Dental Surgeon.*)

DENTISTES MUNICIPAUX

Le Conseil municipal de Barcelone a créé dix places de dentiste inspecteur des dents des enfants des écoles publiques, et a nommé pour les remplir dix dentistes de la ville, qui reçoivent chacun une indemnité annuelle de 500 francs.

VARIA

Consommation de l'or.

Chaque semaine on consomme à Londres des centaines d'onces d'or pur pour les besoins dentaires et la quantité augmente de 50 o/o d'une année à l'autre. Environ 40.000 onces d'or pur sont employés annuellement en Angleterre par les dentistes.

Une dent comme pièce à conviction.

Un individu s'était introduit dans une église de Londres par escalade et effraction et avait tenté de forcer les troncs. En prenant la fuite il tomba du toit de l'église sur le plancher de la nef et se fractura la base du crâne et le maxillaire inférieur et perdit deux dents. Il parvint néanmoins à s'échapper, mais ne put aller plus loin que dans une rue voisine.

Quand le sacristain entra dans l'église, il constata les traces de l'effraction, aperçut du sang sur le plancher et trouva une dent. La police prévenue, découvrit l'auteur du méfait dans un piteux état et le transporta à l'hôpital ; la dent trouvée avait permis de l'identifier. (*Brit. J. of Dent. Sc.*)

L'ivoire des éléphants.

Des milliers d'éléphants sont abattus chaque année pour fournir de l'ivoire. Le cinquième est transporté sur les marchés de la Grande-Bretagne. Le poids moyen de l'ivoire donné par un seul éléphant est environ de 50 livres. Les défenses pesant 100 livres chacune sont très rares. Les plus chères coûtent habituellement 2750 francs les 50 kilos.

Le plus dur de tous les ivoires est celui de l'hippopotame. On en fait jaillir des étincelles en le battant avec de l'acier. On s'en servait autrefois pour faire des dents artificielles.

Singulier accident.

Le Dr Richards, d'Abercrave (Angleterre), venait d'arracher à un enfant de 8 ans une dent qu'il tenait encore dans son davier pour la montrer à la mère quand un morceau de la dent s'en détacha brusquement et sauta dans l'œil du praticien. Celui-ci n'y attacha pas d'impor-

tance, la douleur étant légère, sur le moment, et continua toute la journée de soigner ses patients.

La nuit venue, la douleur augmenta. Deux médecins furent mandés et constatèrent que l'esquille avait causé une petite blessure et qu'en raison de la carie de la dent l'œil était empoisonné.

La vision était perdue et l'on dut faire l'ablation de l'œil.

Explosion d'un vulcanisateur.

Un dentiste d'Hudson, Michigan (Etats-Unis), a été blessé à 7 endroits de la tête et de la face par l'explosion d'un vulcanisateur dans son laboratoire. L'œil droit est perdu. (*Saginaw Herald.*)

Mort pendant l'anesthésie.

Un homme de 44 ans est mort pendant l'administration du protoxyde d'azote chez un dentiste de New-York.

Son médecin avait déclaré qu'il pouvait en toute sécurité être anesthésié par cet agent.

Opération dentaire sur un éléphant.

A Mexico un éléphant avait des douleurs dans une dent mesurant 30 cent. de long et 10 cent. de diamètre à la racine. L'animal fut attaché avec des chaînes, sa bouche fut ouverte et une grande quantité de cocaïne fut appliquée. Un trou fut percé dans la dent, une barre de fer y fut introduite, une corde fut enroulée autour et 4 chevaux furent attelés à cette corde. (*La Crosse Press.*)

Ingestion de fausses dents.

Un instituteur adjoint de Pontycymmer (Angleterre) avait avalé il y a 3 ou 4 ans un dentier. Entré à l'hôpital, il y avait subi une opération. La radiographie fit découvrir que la pièce se trouvait dans la région cardiaque. Il est mort récemment à l'hôpital de Cardiff. (*Brit. J. of. dent. Sc.*)

NÉCROLOGIE

Le Dr E. Gaillard est décédé à Paris, le 3 avril 1907.

Il était né à Villeneuve-sur-Yonne en 1826 et fut d'abord horloger. Venu à Paris, il fut attiré par l'art dentaire et passa successivement dans les cabinets Obiglio, Devillemur, Gobert, Richard, etc. Puis il s'établit à son compte et fit ses études médicales pour obtenir le diplôme de docteur en médecine.

L'un des premiers à Paris il fit entrer les aurifications dans la pratique et s'occupa avec le batteur d'or Buisson de la préparation des feuilles d'or destinées aux aurifications. C'est à lui qu'on doit le forceps qui porte son nom.

Il s'occupa aussi de la réduction des anomalies dentaires et conçut l'appareil de redressement qui porte également son nom.

On lui doit des porte-ressorts, des dents à pivots de bois, des dentiers à coulisse, etc.

CH. SAUTIER

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère, M. Jules-Charles Sautier, membre de l'Association générale des dentistes de France, survenue le 26 avril 1907, à l'âge de 45 ans.

L'Association générale était représentée et avait envoyé une couronne à ses obsèques qui ont eu lieu le 28 à Neuilly-sur-Seine.

Nous adressons nos sincères condoléances à la famille de M. Sautier.

On annonce la mort à l'âge de 60 ans, du professeur Antoine Bleichsteiner, de l'Université de Gratz, survenue le 17 avril.

Nos lecteurs se souviennent peut-être de l'avoir vu aux Congrès de 1889 et de 1900.

NOUVELLES

Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

La Commission nommée pour étudier les réformes des études dentaires et l'orientation professionnelle invite tous les membres de la profession qui seraient désireux de lui faire des communications ou d'être entendus par elle à en informer le secrétaire, M. G. Villain, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil de direction en date du 30 avril les candidats au poste de démonstrateur sont tenus de faire un stage de 3 mois au moins avant de pouvoir être nommés à ce poste.

British Dental Association.

Programme du Congrès annuel, 18-21 *mai* 1907, *Cardiff.*

17, 8 h. du soir, réception par le président et les membres de la section du Sud du pays de Galles et du Comté de Monmouth, à l'hôtel du Parc. Concert.
18, 9 h. matin. Réunion du Conseil représentatif.
— 10 h. matin. Réunion générale annuelle des membres.
— 11 h. 1/2 matin. Assemblée générale. Discours par le lord-maire.
— 2 h. 1/2 soir. Assemblée générale. Communications.
— 3 h. soir. Excursions. Thé.
— 7 h. soir. Dîner annuel.
20, 10 h. matin. Assemblée générale. Communications.
— 2 h. soir. Assemblée du Comité de souscription.
— 2 h. 1/2 soir. Assemblée générale. Communications.
— 2 h. 1/2 soir. Visite de l'Hôtel de ville et des Tribunaux.
— 8 h. 1/2 soir. Réception par le président et les membres de la section.
— 9 h. à minuit. Bal.
21, 10 h. matin. Assemblée générale. Démonstrations.
— 2 h. 1/2 soir. Assemblée générale. Démonstrations.
— 3 h. 1/2 soir. Séance de clôture.
— 4 h. 1/2 soir. Réception d'adieu.

Le soir conférence publique sur le soin des dents.

Communications annoncées.

Cale-Matthews.	Société de prévoyance des dentistes.
Cass Grayston.	Les dents des enfants des écoles primaires.
G. Cunningham.	Quelques nouveaux facteurs dans les services dentaires publics.
H. T. Dreschfeld.	Chimie des ciments translucides.
Dr Fenchel.	L'Institut Mellin de Hambourg.
Malcom Knott.	La profession au point de vue légal en 1878 et en 1907.
A. Layton.	Examen des dents des enfants dans les écoles primaires de Kettering.
W. Booth Pearsall.	Les dents du pitecanthropus erectus.
E. R. Tebbitt.	Importance d'une bonne occlusion.
J. Lynn Thomas.	Observations de névralgie causée par les dents, avec un cas de kyste dentigère.

Tous les jours de 9 h. 1/2 à 5 h. 1/2 exposition d'instruments, appareils et matériel dentaires.

Congrès dentaire australien.

Le premier Congrès dentaire australien s'est tenu à Sydney en février 1907, sous la présidence du Dr A. Burne.

Soins dentaires aux militaires.

La première clinique dentaire militaire de l'armée suédoise a été ouverte au commencement de décembre 1906 à Sköfde, ville où sont stationnés plusieurs régiments, notamment celui des hussards de la garde. C'est dans le quartier de ce dernier régiment que la clinique fonctionne, dirigée par M. Gomer Sandberg, chirurgien-dentiste. Le matériel est fourni par ce régiment. M. Gomer reçoit une indemnité annuelle de 1375 francs.

ANNÉE. N° 10 30 MAI 1907 Vol. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

PSEUDO-ODONTALGIE D'ORIGINE GRIPPALE

Par M. Maurice Roy.

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.

Il y a deux ans, j'ai appelé l'attention de la Société d'Odontologie sur une forme particulière de pseudo-odontalgie d'origine grippale que j'avais eu l'occasion d'observer au cours de plusieurs épidémies de grippe[1]. L'épidémie grippale qui sévit encore à l'heure actuelle m'a permis de voir cette année un grand nombre de nouveaux cas de cette affection me mettant ainsi à même d'en préciser quelques points de détail. C'est pour cette raison que je vous demande la permission de revenir ce soir quelques instants sur ce sujet.

Je vous rappelle qu'il s'agit d'une névralgie, due sans doute à de la sinusite grippale et caractérisée par des douleurs très nettement localisées dans certaines dents de la mâchoire supérieure, sans que celles-ci présentent aucune altération.

Chose très curieuse, cette année, comme lors des épidémies grippales antérieures, tous les malades présentant cette forme de névralgie que j'ai eu l'occasion d'observer n'avaient aucune dent malade soit en haut, soit en bas du côté malade. J'ai longtemps pensé qu'il s'agissait d'une simple coïncidence, mais la répétition des cas observés

1. Note sur une forme particulière de pseudo-odontalgie d'origine grippale, *Odontologie*, 1905, V. II, p. 20.

m'amène à me demander s'il n'y a pas autre chose qu'une coïncidence et, sans vouloir apporter une affirmation que l'avenir ou les observations de confrères viendraient infirmer, je suis porté à penser que cette névralgie s'observe surtout chez les malades dont les dents sont saines ; chez les autres, des poussées de pulpite ou de périostite viennent peut-être masquer ou remplacer la névralgie.

Chez tous mes malades cette pseudo-odontalgie s'est produite à la période terminale de la grippe ; chez quelques-uns, à un moment où la grippe paraissait totalement terminée. Je l'ai rencontrée aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

D'abord vague et généralisée à toute la tête, la douleur se localise bientôt dans une ou plusieurs dents de la mâchoire supérieure, généralement la seconde grosse molaire, mais quelquefois aussi dans les prémolaires ; c'est ainsi que, chez un de mes malades, impressionné par la netteté de la localisation douloureuse dans la seconde prémolaire qui présentait une grande obturation faite par un confrère plusieurs années auparavant, j'ai désobturé inutilement cette dent dont la pulpe était saine. La douleur est continue et assez intense pour que les malades aient l'impression qu'un abcès se forme au niveau de la dent et c'est généralement avec la conviction qu'on va procéder à une extraction immédiate qu'ils viennent trouver le dentiste.

A l'examen, les dents et la muqueuse étaient saines dans tous les cas que j'ai observés ; à la percussion, les malades accusent de la douleur dans une ou plusieurs dents, le plus souvent dans les deux dernières grosses molaires, principalement dans la seconde molaire qui est la dent la plus souvent incriminée. Mais si l'on vient à explorer avec le doigt le vestibule de la bouche, on trouve une chose très caractéristique, c'est une douleur très vive à la pression de toute la tubérosité de l'os malaire. La table alvéolaire externe est légèrement sensible aussi à la pression du doigt, mais infiniment moins que la tubérosité malaire et, si l'on explore alors cet os du côté de la peau, on s'aperçoit qu'il

existe à son niveau et jusque sur l'arcade zygomatique une sensibilité très vive à la pression, que l'on retrouve également au niveau des trous sous et sus-orbitaires.

Dans tous les cas que j'ai vus, l'affection était unilatérale et a toujours cédé très rapidement à l'administration des cachets suivants :

Antipyrine....................		0.50 centigr.
Bromhydrate de quinine........	ãã	0.25 centigr.
Bicarbonate de soude..........		
		pour un cachet n° 12

Je prescris quatre cachets par jour, un toutes les quatre heures ; quand les douleurs diminuent, ce qui se produit généralement dès le second jour, je diminue progressivement d'un cachet par jour jusqu'à disparition complète, sans cesser brusquement l'administration desdits cachets.

Cette pseudo-odontalgie est assez caractéristique pour que j'aie pu la diagnostiquer presque à l'avance chez certains de mes malades par le simple interrogatoire ; celui-ci, bien entendu, ne saurait être suffisant, même dans les cas où il paraîtrait des plus probants ; il n'est permis, en effet, de porter le diagnostic de pseudo-odontalgie d'origine grippale qu'en l'absence absolue de toute lésion pulpaire ou radiculaire.

Je n'ai jamais observé cette forme particulière de névralgie si nettement caractérisée, en dehors de la grippe.

En résumé, des nouvelles observations qu'il m'a été donné de faire cette année il résulte qu'à la suite de la grippe on peut observer une forme de névralgie caractérisée par des douleurs, localisée par le malade dans les dents de la mâchoire supérieure, particulièrement dans la seconde grosse molaire, et par une douleur à la pression de toute la région malaire tant du côté de la bouche que du côté de la peau. L'intensité des phénomènes douloureux, localisés par le malade au niveau des dents, me semble justifier le nom que je donne à cette névralgie de *pseudo-odontalgie d'origine grippale*.

L'ANESTHÉSIE DE LA PULPE ET DE LA DENTINE [1]

Méthode de M. Welin (de Stockholm),

Par M. Levett, D. D. S.
Professeur à l'École dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie de Paris (19 février 1907).

Nous sommes tous au courant d'une démonstration faite dernièrement à l'École dentaire de Paris et à l'American dental Club de Paris, par M. le professeur Welin, de Stockholm, sur l'anesthésie de la dentine et de la pulpe.

La méthode préconisée par le professeur Welin est basée sur deux facteurs qui sont en rapport intime et qui ne peuvent pas être employés l'un sans l'autre.

Ces facteurs sont :

1° Une forte pression.

2° Un produit anesthésique particulier.

Cette forte pression est obtenue par une seringue d'un modèle spécial et qui ressemble à la seringue de Mayer ; l'injection est faite dans la périphérie. Le liquide employé est un puissant anesthésique qu'on peut employer sans danger ; le professeur Welin prétend qu'on ne peut obtenir la pression nécessaire avec les seringues ordinaires, plusieurs essais d'ailleurs ont été faits et cela sans succès.

D'après M. Welin, cette pression est nécessaire en raison des tissus à traverser et de l'agent employé.

Cette pression à la périphérie de la dent présente aussi cet avantage de produire l'anémie de la pulpe, par suite de laquelle la conductibilité des nerfs de la pulpe est de beaucoup diminuée et l'effet de l'anesthésie plus localisé.

L'anesthésique employé par M. Welin est formé de novocaïne, paranéphrine, delphine, plus un anesthésique que l'auteur n'indique pas.

---

1. Une méthode analogue a été appliquée antérieurement par M. Touchard (V. Communication à l'Académie de médecine et *Odontologie* du 15 septembre 1906). N. D. L. R.

Manuel opératoire. — Il est nécessaire d'abord de faire un lavage du champ opératoire avec une solution phéniquée à 5 o/o, ce qui produit une anesthésie superficielle de sorte que la piqûre n'est pas douloureuse.

La pointe de la seringue doit pénétrer dans l'épaisseur du bourrelet gingival et est maintenue en place de façon à empêcher la sortie du liquide.

Après l'introduction de l'aiguille on doit faire une pression légère d'abord, puis l'augmenter graduellement jusqu'au moment où une anémie complète est obtenue autour de la dent.

Les règles à observer pour l'injection sont les suivantes : pour les dents antérieures l'injection doit être faite dans la gencive sur le côté distal, mésial, buccal et lingual. Pour les prémolaires du haut et du bas, l'opération est faite de même, mais pour l'extraction de la pulpe il faut attendre un instant ; il en est de même pour les grosses molaires du haut ; quant aux grosses molaires du bas, il est nécessaire de pousser le liquide anesthésique jusqu'au périoste, car les filets radiculaires sont difficilement anesthésiables.

Voici pour ce cas la manière de procéder : la pointe de la seringue est placée verticalement entre la gencive et la dent vers le bord de l'alvéole. On fait une forte pression de façon à faire pénétrer le liquide entre le périoste et la dent, cette opération doit se répéter sur la surface mésiale, distale, vestibulaire et palatine.

On obtient, d'après M. Welin, une anesthésie immédiate.

Les avantages de ce procédé sont :

A. — Préparation des cavités sans aucune douleur.

B. — Extraction de la pulpe sans la moindre souffrance.

C. — Préparation des couronnes et des bridges sans douleur.

D. — Extraction des dents sans douleur.

Plusieurs de nos confrères qui ont employé cette méthode sont pénétrés de la valeur de ce procédé.

Pour ma part, je ne connais que quelques cas de pério-

dontite et quelques cas d'irritation de la gencive, produits par la piqûre, mais qui sont guéris aujourd'hui.

Il me semble cependant que nous ne devons pas, avec ce procédé, obturer les canaux le même jour, mais plutôt faire un pansement antiseptique préalable. Je conseille pour ce pansement la pâte de tricrésol-formoliné de M. Scheuer et un badigeonnage des gencives avec un mélange de teinture d'iode et d'aconit, cela avec quelques bains de bouche très chauds.

En conclusion, je trouve ce procédé très bon. Il doit, comme beaucoup d'autres, être appliqué avec beaucoup de précautions sur les sujets nerveux. Mais il donne des résultats très satisfaisants et je félicite M. Welin de cette nouvelle méthode de suppression de la douleur dans les opérations dentaires.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DÉSINFECTION DE LA CARIE DU 4e DEGRÉ

Par M. L. Izambard.

Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 26 mars 1907.

Le dentiste moderne, surtout le dentiste français, éminemment conservateur, a rompu depuis longtemps avec les procédés américains qui font des bouches pour des appareils, et non des appareils pour des bouches, et sacrifient volontiers des dents pouvant rendre encore de grands services, sous prétexte qu'elles sont dévitalisées, et qu'un 4e degré ne vaut pas la peine, neuf fois sur dix, d'être soigné.

Tous les jours, on propose de nouveaux antiseptiques, et moi-même, rompant avec l'iodoforme si désagréable, j'ai préconisé l'emploi exclusif de l'aristol, qui m'a toujours donné d'excellents résultats. Mais, n'étant pas d'avis que le mieux est l'ennemi du bien, j'ai été amené à expérimenter un procédé de désinfection que je crois peu connu, ne l'ayant jamais vu employé : il s'agit du procédé de Schreier, de Vienne.

Un jour, un ami, consul dans une ville du nord de l'Espagne, me racontait que son dentiste lui soigna une dent en mettant au fond de la cavité un petit morceau de métal qui faisait explosion, et cela sans aucune sensation désagréable. Je l'écoutai en souriant, car la nouvelle arrivant d'Espagne n'était pas faite pour m'étonner : il pouvait y avoir là-bas des dynamiteurs même parmi nos confrères. Mais la question m'intéressa cependant, m'étant facilement rendu compte qu'il ne pouvait s'agir en l'occurrence, que du sodium ou du potassium. J'essayai donc de voir ce qui pouvait donner cette méthode au point de vue expérimental. C'est alors que l'excellent manuel de M. Roy m'apprit que le procédé avait été inventé par Schreier. Ses travaux datent de 1893, et je remercie M. Roy de m'avoir facilité mes recherches sur ce sujet. *L'Odontologie* publia, en effet, en

son temps, une traduction de sa méthode, intitulée : « *Nouveau procédé basé sur la décomposition chimique pour détruire la nocivité du contenu sanieux des canaux radiculaires.* » Je veux résumer en peu de mots ce travail qui, je crois, n'a pas dû entrer beaucoup dans la pratique courante. Schreier décompose la gangrène de la pulpe en eau, et en nombreux produits qui y sont, en partie, dissous, en partie en suspension. Ils sont indiqués comme des corps albumineux dans diverses phases de décomposition : des corps gras, des acides graisseux, des nombreuses combinaisons gazeuses, notamment de l'hydrogène sulfuré, de l'hydrogène phosphoré, de l'acide carbonique, de l'ammoniaque, de l'azote en liberté, et enfin, une armée de micro-organismes de formes les plus diverses. Cette masse se trouve dans le canal radiculaire comme dans un tube à réaction, abstraction faite du foramen de l'apex. Faites agir un corps chimique saponifiant tous ces acides gras, vous aurez résolu, d'après Schreier, le problème de la désinfection presque parfaite de la carie du 4e degré.

Le sodium et le potassium répondirent pratiquement à cette théorie ; et je crois qu'il est utile de tirer cette méthode de l'oubli, car le principe est certainement bon.

Il nous arrive d'avoir à soigner de grandes caries à saprophytes où, en grande quantité, se trouvent des produits putréfiés dus à la décomposition des matières alimentaires. L'emploi du sodium ou du potassium donnera d'excellents résultats. Il en sera de même dans les 4e degrés profonds, complètement infectés, et même purulents.

Je rappelle, en deux mots, le principe du phénomène chimique : un fragment de potassium ou de sodium mis en présence de l'eau décompose cette eau, met l'hydrogène en liberté, et absorbe l'oxygène pour former de la soude ou de la potasse caustique. Cette réaction se produit avec un dégagement de chaleur assez considérable.

Que peut-on désirer de plus pour obtenir une antisepsie aussi rigoureuse que possible ?

1° Nous produisons un milieu alcalin. Or, le leptothrix et

les différents agents de la carie ne vivent ou ne sont produits que dans des milieux acides.

2° Nous produisons une saponification intense ; or, les acides gras, détritus, saprophytes et autres agents extérieurs à la carie proprement dite, qui résistent aux différents antiseptiques presque tous acides, sont immédiatement transformés, en présence de la soude ou de la potasse.

3° Nous produisons une chaleur très suffisante pour déshydrater complètement le milieu environnant et créer un champ non seulement hostile à l'action microbienne, mais encore très favorable à l'absorption du médicament mis ultérieurement.

La pratique répond-elle à cette théorie séduisante ? Tout dépend du procédé employé. M. Roy dit que la condition primordiale pour utiliser cette méthode est de mettre la digue. D'aucuns la mettent à tout venant, même pour un simple pansement, on ne s'étonnera donc pas de la voir préconiser dans ce cas. Quoiqu'il en soit, Schreier n'en parle pas, et ce serait en tout cas une complication.

Il est évident qu'il faut éviter le contact direct du potassium ou du sodium avec la salive, car on aurait immédiatement la formation d'un globule enflammé, tournoyant, et finalement, éclatant comme une petite bombe, au grand dommage des muqueuses avoisinantes. Cependant, l'emploi de la digue est inutile; je dirai mieux, il est contre-indiqué, car, avec mon procédé, l'humidité produite par les restes de salive et l'eau que contient naturellement la dentine, sont un adjuvant précieux du phénomène.

Avec le sodium, la décomposition de l'eau se fait d'une façon beaucoup plus calme : le globule existera, mais sans flamme et l'on ne verra pas se produire d'explosion. Je renonce donc complètement, en principe, à l'emploi du potassium, m'en tenant exclusivement au sodium qui résout, à lui seul, les différentes données du problème posé tout à l'heure.

On voit donc le procédé sérieusement simplifié, et pouvant être employé dans la pratique courante.

Schreier se sert d'un tire-nerf denté auquel il attache quelques bribes de sodium ou de potassium (il n'a pas de préférence), et qu'il introduit dans les canaux. Il obtient ainsi, de par la décomposition chimique, un magma assez dense pour être retiré en bloc par le tire-nerf.

J'ignore la valeur de ce procédé : j'ai été documenté trop tard pour l'essayer ; il est possible qu'il soit excellent. Je dirai cependant que je ne suis pas partisan de l'emploi du tire-nerf dans ce cas : outre qu'il n'est pas toujours d'un usage aisé dans des cavités mal placées ou des canaux peu perméables, il peut se détacher quelque petit morceau de métal qui, tombant sur la muqueuse, la brûlerait profondément.

Voici comment j'opère : après avoir garni soigneusement d'ouate hydrophile la muqueuse, tout autour de la dent, j'enlève l'excès de salive au buvard ou au coton hydrophile, et j'enfonce le plus profondément possible un tout petit morceau de sodium dans le ou les canaux radiculaires de la dent malade.

On sait que le sodium, aussi malléable que de la cire, se prête merveilleusement à cette opération. Puis, je porte, avec une presselle, une boulette d'ouate hydrophile légèrement imbibée d'eau, et je la maintiens solidement, de manière à boucher entièrement la cavité de la dent. Immédiatement, la réaction chimique se produit, tout doucement, sans flamme, sans explosion ; on voit les bulles d'hydrogène venir à la surface, et l'on perçoit nettement à l'oreille, une crépitation intense. Cela peut durer de trois à quatre minutes. On retire alors le coton, et l'on n'a plus qu'à mettre un pansement à l'aristol et à obturer à la gutta-percha. La sensation n'a même pas été désagréable pour le patient ; la chaleur dégagée est très supportable, car elle n'atteint pas malgré tout la température d'une pointe de galvanocautère.

On peut constater, une fois le phénomène terminé, une alcalinisation énorme au papier de tournesol, et, au doigt, une sensation très nette de savon.

Ce procédé m'a donné d'excellents résultats dans le traitement de dents fortement infectées, à fistules ou à abcès ; même après la première application, il y a un mieux très sensible.

Je le répète, j'ignore les résultats du procédé de Schreier, mais ce que je puis affirmer, c'est qu'avec mon procédé, aussi simple que possible, il n'y a aucun risque : ni explosion du globule de sodium, ni brûlure de la muqueuse. Quant à la causticité de la soude, elle n'est pas assez forte pour intéresser le périoste ou le ligament. La périodontite secondaire n'est donc pas à craindre.

Je signale cependant un tout petit inconvénient : c'est que le sodium se conserve actuellement dans l'huile de naphte, et que cette odeur est très désagréable. Mais nos fournisseurs de produits chimiques nous trouveront certainement un autre corps isolant et empêchant l'hyperoxydation du sodium, ne serait-ce que la vaseline simple ou l'huile de vaseline.

L. IZAMBARD.

REVUE ANALYTIQUE

Eruption compliquée d'une canine permanente. — La mâchoire des idiots et des fous. — Le thymus et la mort au cours de l'anesthésie générale. — Morts dues au chlorure d'éthyle. — Quelques considérations sur le traitement des fistules d'origine dentaire par injection de teinture d'iode. — Empyème du sinus maxillaire. — Résumé de 43 cas de fracture du maxillaire. — Manifestations buccales de la pellagre. — Statistique. — Mort due à l'administration du somnoforme.

Éruption compliquée d'une canine permanente.

M. P. Boggio, de Biella, a communiqué au Congrès de Milan en septembre 1906, le cas suivant :

Un enfant de 11 ans, de constitution robuste, père et mère vivants, celle-ci ayant contracté la syphilis en allaitant l'enfant d'une voisine.

Le sujet, qui n'a jamais été malade, se fit extraire en juillet 1906 la canine de lait inférieure gauche, qui branlait par suite de résorption de la racine, mais était parfaitement saine.

Deux ou trois semaines après, il présentait, à l'endroit où la canine avait été extraite, une tuméfaction de coloration vineuse de la gencive, avec une tâche bleuâtre, qui, piquée avec une épingle, laissait échapper en abondance du sang noir et épais.

La tumeur alla en augmentant et comme l'enfant accusait des douleurs irradiées le long du maxillaire jusqu'à l'oreille, il alla consulter l'auteur, qui constata que les molaires de lait du haut étaient mobiles et que les canines étaient encore fixes ; les molaires de six ans étaient saines.

En bas à droite la canine de lait était branlante : elle fut extraite ; les molaires de lait étaient tombées et les petites molaires permanentes avaient déjà traversé la gencive.

A gauche, dans l'espace libre laissé par la gencive, sur la crête gingivale, tumeur noirâtre non fluctuante, indolore à la pression, allant jusqu'aux faces triturantes des dents voisines.

En avant de la tache et à gauche, tuméfaction de couleur rouge vin à limites bien définies.

M. Boggio pratique l'incision de la poche, d'où s'échappe du sang noirâtre, et l'excision de la tumeur avec le thermo-cautère, en découvrant le cuspide de la canine.

Des injections antiseptiques complétèrent le traitement et amenèrent une guérison rapide.

Plus tard le malade fut revu : la dent en question occupait normalement sa position dans l'arcade, la tumeur n'avait pas reparu et la dentition permanente était presque au complet.

(*La Stomatologia*, septembre 1906, p. 634.)

La mâchoire des idiots et des fous.

M. Louis Arnone a fait au Congrès de Milan (septembre 1906) une communication sur ce sujet. Il a étudié un certain nombre de sujets et

constaté que la bouche de l'idiot est toujours mal conformée, les dents et les maxillaires se ressentant fortement de l'insuffisance de développement.

L'anomalie la plus fréquente est l'absence d'harmonie de l'articulation maxillaire et l'asymétrie du maxillaire, provenant de diverses causes : irrégularité de développement, trophisme irrégulier.

Pour que le maxillaire accomplisse parfaitement ses fonctions, il faut qu'il soit symétrique et que la contraction musculaire se produise également et simultanément des deux côtés.

Chez l'idiot l'harmonie fait défaut ; chez le dément elle devient unilatérale.

Les dents de l'idiot se ressentent des défauts du maxillaire : elles sont petites et hétérotypiques, rarement proportionnées. Elles se carient facilement et se ramollissent ainsi que les gencives, ramollissement qui finit avec la résorption du bord alvéolaire et la chute précoce des dents.

La salive des idiots est acide, filante, très abondante ; chez les déments elle est fuligineuse, acide, contient peu d'eau ; les glandes salivaires au début sécrètent abondamment, puis s'atrophient.

L'auteur passe en revue quelques sujets particuliers et dit que ce qu'il a rencontré chez eux se trouve sur 90 o/o des idiots jusqu'à la fin du premier âge ; chez les déments les stigmates de dégénérescence se manifestent quand le processus arrive à la phase des lésions organiques.

(*La Stomatologia*, novembre 1906, p. 57.)

Le thymus et la mort au cours de l'anesthésie générale.

M. Lapointe donne les observations détaillées de deux cas de mort par chloroforme, dans lesquels l'autopsie montra la persistance de l'hypertrophie du thymus ; cette hypertrophie n'est qu'un des caractères du « *status lymphaticus* » : tuméfaction de la rate et des ganglions lymphatiques, amygdales grosses, tendance généralisée à l'hyperplasie du tissu adénoïde, etc...).

L'auteur a retrouvé un certain nombre d'observations assez semblables aux siennes pour que l'on puisse rechercher les raisons des relations entre le thymus et la mort au cours de l'anesthésie générale. On a invoqué la compression exercée par l'organe sur la trachée, sur les gros vaisseaux et sur les nerfs de la base du cou. D'autre part, la théorie de l'*hyperthymisation* suppose que le thymus hypertrophié verse dans la circulation une substance toxique capable de créer une excitabilité pathologique des centres nerveux cardiaques.

Le chloroforme n'est pas seul dangereux pour les malades atteints de « status lymphaticus ». Dans plusieurs cas, les opérés ont succombé pendant l'anesthésie avec le mélange de Billroth (chloroforme : 100, éther : 30, alcool : 30), d'autres pendant l'anesthésie à l'éther, ou pendant l'anesthésie mixte au protoxyde d'azote et à l'éther.

L'auteur tire, au point de vue chirurgical, des conclusions que nous citons. Le chirurgien doit se méfier chaque fois que, dans *l'examen général* du patient, **de rigueur avant toute anesthésie**, il aura pu relever quelque indice, ne serait-ce que la simple hypertrophie des folli-

cules de la base de la langue et de la paroi pharyngée. Avant d'opérer les sujets de cette catégorie, on interrogera attentivement le système nerveux, afin de calmer, s'il y a lieu, l'excitabilité nerveuse (scopolanime-morphine).

A notre point de vue particulier, qu'il nous soit permis de dégager d'autres conclusions, et sachant combien nous sommes mal placés pour pratiquer un examen complet des patients qui viennent journellement nous demander l'anesthésie générale pour une extraction, ne *généralisons* pas l'anesthésie générale, sachons la réserver à des cas spéciaux. Nous diminuerons ainsi dans des proportions considérables les mauvaises chances de catastrophes presque impossibles à prévoir.

(LAPOINTE, *Progrès médical,* 13 avril 1907, p. 225.)

H. D.

Morts dues au chlorure d'éthyle.

1er *cas.* — Journalier, 41 ans, alcoolique, atteint d'un ulcère étendu de la jambe. L'opération de la transplantation fut décidée. Anesthésie au kélène pendant 2 minutes; grande excitation; nouvelle administration de kélène sous le masque au bout de 3 minutes. La cyanose apparaissant, le masque fut enlevé; les réflexes de la cornée et de la pupille étaient abolis; mouvement de défense avec les extrémités; contracture de la mâchoire; respiration spasmodique. Pouls perceptible, mais ne pouvant être compté en raison de la rigidité musculaire; arrêt du pouls, puis mort. Les événements se succédèrent rapidement et le tout dura 3 minutes. Dose employée: 5 grammes de chlorure d'éthyle. Respiration artificielle pendant une heure, injections d'huile camphrée, patient placé dans la position de Trendelenburg, massage du cœur, électrisation des phréniques, tout demeura inutile.

Autopsie : hypertrophie du cœur, dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque, artério-sclérose étendue des artères coronaires, sclérose de l'aorte dans le cœur et dans les veines, sang rouge cerise, liquide, non coagulé, pas d'ecchymose sur le péricarde ou la plèvre (donc pas d'asphyxie), pas d'œdème des poumons. La mort fut attribuée à l'artério-sclérose coronaire.

2e *cas.* — Femme de 55 ans, parfois sujette à des troubles cardiaques, ayant eu, dans l'année, une côte fracturée et, plus tard, une attaque d'hémiplégie gauche, alla se faire extraire deux molaires inférieures, chez son dentiste à dix heures du matin. Après avoir séché les gencives, puis les avoir mouillées de glycérine, le praticien projeta 2 grammes de chlorure d'éthyle à une distance de 35 cent. sur les gencives jusqu'à ce qu'elles fussent blanches.

L'extraction dura 20 secondes. Après rinçage de la bouche, la tête du patient se pencha, la mâchoire s'abaissa, la face pâlit et les yeux devinrent fixes. Le pouls était faible. Traction de la langue, respiration artificielle. Tout cela dura jusqu'à 3 heures après-midi. Le collapsus se continua jusqu'à 10 heures du soir; le pouls s'affaiblit et atteignit 110 : respirations : 24. La mort survint à 2 heures et demie du matin. Il n'y eut pas asphyxie, mais suspension de la connaissance, puis paralysie

de la respiration. La flagellation, la respiration artificielle ; huit injections d'éther et de camphre demeurèrent sans effet.

La mortalité due au chlorure d'éthyle est, suivant M. Ware, de 1 pour 17.000 tandis que celle qui est due au protoxyde d'azote est, suivant M. Hewitt, de 1 pour 1.500.000. (*Dent. Cosm.*, août 1906, p. 837.)

Quelques considérations sur le traitement des fistules d'origine dentaire par injection de teinture d'iode.

Après avoir signalé les différents traitements adoptés pour la cure des fistules d'origine dentaire, et après en avoir souligné les inconvénients, surtout ceux dont l'eau oxygénée et de la créosote constituent la base, M. G. Druo préconise les injections de teinture d'iode. A ce traitement déjà connu, il ajoute une petite variante qui consiste à placer dans le sillon gingivo-labial, exactement sur l'orifice fistulaire, un tampon d'ouate imbibé d'une solution saturée d'hyposulfite de soude, dont le contact avec l'iode donne lieu à une nouvelle combinaison chimique ($Na\ I + S^4\ O^6\ Na^2$).

On n'a plus à redouter, dans ces conditions, l'action escharifiante de la teinture d'iode.

(G. Druo, *Rev. gén. de l'Art dentaire,* mars 1907, p. 72.)

H. D.

Empyème du sinus maxillaire.

Dans une étude statistique sur l'empyème du sinus maxillaire, M. F. Ashley Faught, de Philadelphie, fournit les indications suivantes :

Table 1. — *Cause probable.*

Dents	49 cas....	81, 6 o/o
Autres causes	11 —	19, 3 o/o
Corps étranger		3 cas
Rhinite		3 »
Syphilis		2 »
Sinus frontal		1 »
Cellules ethmoïdales		1 »
Tumeur		1 »

Table 2. — *Siège.*

Côté droit	25 cas....	52, 8 o/o
— gauche	22 —	45, 9 o/o
Bilatéral	1 —	

Table 3. — *Fréquence par rapport au sexe.*

Hommes	30 —
Femmes	30 —
Sans indication	8 —

Table 4. — *Age.*

Au-dessous de 25 ans	17 cas....	32, 6 o/o
De 25 à 50 ans	30 —	57, 6 o/o
Au-dessus de 50 ans	5 —	9, 8 o/o

TABLE 5. — *Etendue.*

Sinus seul	57 cas....	83, 5 o/o
— et fosses nasales	4 —	
— et cellules ethmoïdales	5 —	16, 5 o/o
— maxillaire et frontaux	1 —	
— — , frontaux et ethmoïdaux	1 —	

TABLE 6. — *Dents par rapport à l'étiologie.*

Incisive centrale	2 cas	
— latérale	3 —	
Canine	1 —	
1re bicuspide	1 —	
2e —	10 —	2, 8 o/o
1re molaire	15 —	41, 6 o/o
2e —	3 —	
3e —	3 —	

TABLE 7. — *Voies d'accès au sinus.*

Alvéole	42 cas....	66, 6 o/o
Fosse canine	11 —	17, 4 o/o
Méat inférieur	6 —	9, 5 o/o
Canal radiculaire	3 —	4, 7 o/o

TABLE 8. — *Drainage continu.*

Tube de drainage	11 cas....	16, 1 o/o
Bourrage	19 —	27, 9 o/o
Absence de moyen	38 —	55, 9 o/o

(*Dent. Cosm.*, août 1906, p. 831.)

Résumé de 43 cas de fracture du maxillaire.

M. A. L. Midgtey étudie les fractures du maxillaire et publie le résumé suivant de 43 cas pour donner une idée du maxillaire fracturé le plus souvent, du siège et de la nature de la fracture, de l'attelle employée, de la cause la plus commune et de la durée du traitement.

Fracture unique de la mâchoire supérieure : 32 patients ; fracture double ; 11 patients ; total 54 (32 + 11 + 11). Sur ces 54, 72 o/o de fractures simples, 24 o/o de fractures composées, 4 o/o de fractures comminutives. Sur les fractures doubles 7 étaient simples, 4 composées, trois patients avaient les deux mâchoires brisées et sur la totalité deux morts survinrent, une causée par le delirium tremens, l'autre par une fracture à la base du crâne.

Dans un seul cas, antécédents syphilitiques avec une union bonne et solide. Dans neuf cas, abcès dus au retard dans le traitement, dont deux se terminant par des nécroses.

Difformité post-opératoire marquée chez 2 patients. Dans un cas, difformité considérable dans la région malaire et dans la région des condyles et dans l'autre, perte temporaire de la parole et paralysie faciale, disparue un peu plus tard.

Siège et fréquence. — Mâchoire inférieure g., 27 ; droite, 18 ; ligne médiane, 3. Mâchoire supérieure dr., 4; supérieure g., 2.

Parmi les fractures de la mâchoire supérieure le procès alvéolaire dr. était fracturé dans 3 cas, le procès palatal dr. dans 1 et le procès alvéolaire g. dans 2.

Dans la mâchoire inférieure : A, région incisive 20 ; g. 9 ; dr. 9 ; ligne médiane 3 — B, angle 6 ; ramus 5 ; g. 7 ; dr. 4. — C, région malaire 10 ; g. 6 ; dr. 4. — D, région biscupide 6 ; g. 4 ; dr. 2. — E, collet du condyle 1.

Il y avait donc 8 fractures de la mâchoire inf. pour 1 de la mâchoire sup.

Sexe et âge. — Femmes 3, hommes 40. Age maximum : 53 ans, âge minimum : 12. Age moyen : de 23 à 35.

Age et fréquence. — De 12 à 20 ans, 4 ; de 20 à 30, 18 ; de 30 à 40, 12 ; de 40 à 50, 6 ; de 50 à 53, 3.

L'appareil le plus employé était l'attelle en vulcanite avec fronde. L'attelle en aluminium servit surtout dans les fractures antérieures avec léger déplacement et par suite avec légère traction musculaire ; toujours résultat excellent.

Attelle de vulcanite avec fronde, 23. Fronde seule 12. Attelle en aluminium 4. Ligature des fragments 2. Ligature conseillée et refusée 2.

Dans les 9 cas terminés par un abcès, la fronde ne fut employée que trois fois. Cet appareil agit très bien dans les fractures du ramus et de l'angle, où les fragments purent être maintenus de façon que les dents pouvaient articuler correctement sans attelle.

Maximum du traitement : 93 jours ; minimum : 23 jours. L'appareil fut enlevé le 42e jour en moyenne.

Causes de la fracture : coups de poing, 16 ; chute d'une hauteur ou contre un objet, 12 ; coups de pied d'homme ou de cheval, coup de pistolet, coup au jeu de base-ball, accident de voiture : 25 o/o de ces fractures survinrent le patient étant ivre.

(*Dent. Cosm.*, août 1906, p. 828.)

Manifestations buccales de la pellagre.

La pellagre de la bouche, dit Lupu, se manifeste de diverses manières. La surface de la langue est rouge et sèche comme de la cire à cacheter desséchée ; souvent il s'y ajoute une salivation abondante, qui laisse un enduit sur la langue.

Au paroxysme du mal les papilles filiformes de la langue sont complètement dénudées, avec de grandes fissures. Quand le mal s'améliore, les papilles se régénèrent, les fissures disparaissent.

Il existe une pellagre de la langue, de même qu'une stomatite pellagreuse. Même la salivation excessive pourrait par elle-même constituer un symptôme prémonitoire de la forme pellagreuse générique.

(*La Stomatologia,* septembre 1905.)

Statistique.

Sur 3.000 dents extraites par lui, M. Paul Muller, de Genève, a trouvé 744 dents d'hommes et 2.256 de femmes. La différence

entre les mâchoires supérieures et inférieures était beaucoup plus grande chez la femme; les dents les plus fréquemment extraites étaient pour l'homme et la femme : les premières grosses molaires supérieures et inférieures droites et gauches; les premières et deuxièmes petites molaires supérieures et inférieures droites et gauches, auxquelles il faut ajouter les incisives latérales supérieures droites et gauches pour la femme.

(*Rev. trim. suis. d'Odont.*, 1906, n° 2.)

Mort due à l'administration du somnoforme.

Le patient, lutteur très entraîné, fut soumis à l'influence de cet anesthésique pour l'exécution d'une opération légère dans les voies nasales. Il supporta bien l'opération, mais tomba en syncope quand on l'enlevait de la table d'opération. Malgré les efforts des médecins, il succomba en 30 minutes. L'autopsie révéla une hypertrophie marquée du cœur.

(*New-York Word*, 23 avril 1906 et *Dent. Cosmos*, août 1906, p. 837).

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Moyen d'empêcher la salive et les poudres dentifrices d'entrer dans la pièce à main. — Un disque à polir en caoutchouc enlevé et placé sur l'axe de l'instrument obvie à cette difficulté ; un anneau en fil métallique soudé sur l'axe empêche le disque de revenir vers la pointe de l'instrument. (*Int. Dent. J.*)

Moyen de diriger la flamme en soudant un bridge. — Ne pas essayer de souder un bridge en refoulant la flamme dans le creux, car c'est une chose très difficile. Plus la flamme a de jeu, mieux cela vaut. (*Am. J. of. D. Sc.*)

Refroidissement du revêtement après la soudure. — Après la soudure un refroidissement uniforme est essentiel. Le moyen le plus sûr est de placer le revêtement immédiatement dans un bol de poussière de marbre ou de plâtre et de l'y laisser refroidir. (*Am. J. of D. Sc.*)

Préparation des cavités. — En préparant une cavité, passer à gauche du fauteuil et examiner le travail de ce côté. Il aura peut-être un aspect différent. (*Dom. Dent. J.*)

Contraction du caoutchouc pendant la vulcanisation. — La contraction du caoutchouc dépend non seulement du temps pendant lequel celui-ci est soumis à la vulcanisation, mais aussi de la température. Moins la température et la pression de la vapeur sont élevées, moins la contraction est grande. (*Dent. Brief.*)

Gencives douloureuses et fongueuses. — On se trouvera bien d'un bain de bouche fait de teinture de myrrhe mélangée à l'eau; la teinture d'iode et le tannin donnent aussi de bons résultats. Bartholow employait de l'acide tannique, du miel rosat et de l'eau. Davis recommande une solution faible de thymol, d'acide borique ou d'acide phénique, ou bien un courant galvanique faible pendant 7 à 10 minutes sur les glandes parotide et salivaire. (*Dent. med. Times.*)

Traitement du palais sensible avant la prise de l'empreinte. — Si le patient est sujet aux nausées, en prenant l'empreinte, badigeonner le palais avec une solution de bromure de potassium à 20 o/o, ou le faire gargariser avec 5 à 15 gr., ou bien faire les deux choses. (*Dent. Era.*)

Vulcanisation du caoutchouc noir. — Plus difficile que celle du caoutchouc rouge, elle exige des précautions spéciales.

Si l'on vulcanise le caoutchouc noir en couches épaisses, il devient légèrement poreux ; les appareils sont souvent contractés et ne s'adaptent plus parfaitement au modèle.

En vulcanisant à basse température on évite le premier inconvénient et en employant des moufles à soupape on obtient des morceaux dont la rétraction est à peine sensible. Durant ces opérations il se forme dans le voisinage de la surface des bulles d'air de la grosseur d'un grain de millet (surtout si l'on emploie du vieux caoutchouc) qu'il est difficile de chasser. Il faut donc éviter d'employer du vieux caoutchouc. (*Zahn. Ref.*)

Soudure. — En soudant une couronne ou un bridge un crayon ordinaire à la mine de plomb est un excellent outil pour obliger la soudure à couler où il le faut. Tailler le crayon en biais, couper le bois en arrière en mettant la mine à nu sur une longueur de 12 mm. à partir de la pointe. Saturer le bois sur une longueur de 25 mm. d'acide sulfurique dilué, puis envelopper la partie inférieure avec une bande de papier d'amiante jusqu'à l'endroit où la mine est à nu et entourer d'un fil métallique. Cela lui permet de résister à l'action de la chaleur du chalumeau. Cet instrument fait de bien meilleure besogne que le platine et n'entraîne pas la soudure comme une pointe de platine surchauffée.

Procédés de confection des crochets. — On adapte un morceau mince d'or pur ou de platine (n° 36 de la jauge) à la dent, on ajuste par-dessus un crochet ordinaire et on les colle tous les deux avec de la cire ; on les enlève alors, on les met en plâtre et on les soude ensemble. (*Dent. Summ.*)

Ligature efficace. — Quand il y a inconvénient à employer le clamp pour retenir la digue et quand la soie floche ne peut empêcher celle-ci de glisser, passer la soie au travers de deux morceaux de tuyau de caoutchouc, en laissant l'un sur le côté buccal et l'autre sur le côté lingual de la dent. Cela vaut mieux que de mettre des perles sur la ligature ou d'employer d'autres moyens. Le tube doit être de petit diamètre. (*Dent. Rev.*).

Acide phénique pour le nettoyage des cavités. — En nettoyant une cavité avec une solution d'alcool saturée d'acide phénique pour s'assurer de l'étendue de la carie dans les fissures des molaires et des bicuspides, on verra clairement si tous les tissus cariés ont été enlevés et si une fente a été oubliée. (*Dentist's Magazine.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

LES PYROMÈTRES THERMO-ÉLECTRIQUES

Par E. Friteau, professeur à l'École dentaire
et A. Riasse, Ingénieur civil.

Communication faite à la séance du 26 mars 1907[1].

L'emploi des porcelaines de haute fusion en dentisterie se généralisant de plus en plus, on a dû chercher un instrument de mesure des hautes températures remplaçant les moyens dont on faisait usage jusqu'à ces dernières années ; montres fusibles de Segger et de Le Cron, et l'on peut dire dès aujourd'hui qu'il est impossible de cuire de la porcelaine sans un instrument indiquant les hautes températures d'une façon précise. Il arrive, en effet, qu'aux environs de 1300° l'observation à l'œil nu ou protégé est devenue presque impossible et l'on a dû recourir aux pyromètres thermo-électriques imaginés par Le Chatelier et reliés à des galvanomètres Despretz-d'Arsonval.

Ces couples sont le plus généralement formés de deux fils de platine de natures un peu différentes. L'un des fils est en platine pur, l'autre en platine iridié ou rhadié à 25 o/o. Ces deux fils, réunis et soudés à l'une de leurs extrémités, sont reliés par leurs extrémités libres aux bornes d'un galvanomètre. En chauffant la partie soudée, on engendre un courant électrique dont l'intensité est proportionnelle à l'élévation de température, qui permet d'enregistrer au galvanomètre des températures de 1 à 1600 degrés.

Ces pyromètres peuvent s'appliquer à tous les fours en variant leur dispositif.

Dans quelques fours dont on fait usage en dentisterie (Price, Pelton, Platschick) la soudure, dite chaude du couple thermo-électrique, est disposée à l'intérieur du moufle ; ce dispositif est un inconvénient ; il arrive qu'aux hautes températures, soit par suite du changement d'état physique des métaux constituant le couple, soit par suite d'émanations provenant des corps traités dans le four, ce couple s'altère.

Pour parer à ces inconvénients M. Ch. Ferry a imaginé une lunette pyrométrique à réticule. Les indications données par cet appareil

---

1. V. *L'Odontologie*, du 15 mai 1907.

étant les conséquences des rayonnements du milieu chauffé sont indépendantes de la fusibilité du platine ou des émanations provenant des substances traitées. Cet appareil serait parfait s'il ne nécessitait une ouverture libre qui dans nos petits fours équivaut à une cuisson à moufle ouvert.

D'autre part son dispositif et son prix élevé en font un instrument d'un maniement délicat et d'une application peu pratique dans nos laboratoires.

En conséquence, nous avons fait construire par MM. Chauvin et Arnoux de Paris un couple thermo-électrique dont la soudure chaude est en dehors du four.

Le galvanomètre auquel est relié ce couple comporte trois graduations :

une de ces graduations indique la température au bord du four ;

la seconde, la température moyenne ;

la troisième, la température maxima.

La porte du four est remplacée par un bouchon en terre réfractaire dans lequel on a ménagé une cavité où se trouve placée la soudure du couple thermo-électrique de façon que, après la mise en place du bouchon, la pointe de cette soudure se trouve dans le plan vertical délimitant l'ouverture du four.

La détermination des différentes températures a été faite de la façon suivante :

A l'aide de deux pyromètres dont les couples pénétraient dans le four à travers le bouchon réfractaire, nous avons noté les différentes températures intérieures de 0 à 1600° et nous les avons reportées sur un galvanomètre correspondant au couple thermo-électrique de l'ouverture gradué de 0 à 1000°, de sorte qu'une température de 1600° environ correspond à une indication réelle de 1000° à l'orifice de notre four.

Notre couple électrique est formé de fer et de constantin, métaux donnant des indications beaucoup plus régulières que le platine.

Description du pyromètre.

Notre appareil comprend :

1° Le couple thermo-électrique ;

2° Le galvanomètre.

Couple thermo-électrique (fig. I).

Dans le four qu'on veut employer à la cuisson de la porcelaine, on a remplacé la porte du four par un bouchon en terre réfractaire A qui est percé latéralement en a et b de deux trous formant canaux, aboutissant à une cavité c ménagée dans la face du bouchon regardant l'ouverture du four.

Les fils sont réunis par torsion à l'arrière du bouchon et traversant

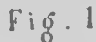
une bille en ébène E, ils se recourbent de chaque côté de cette bille pour aboutir à des bornes en cuivre où ils se réunissent à l'aide d'écrous de serrage à des fils souples rejoignant les bornes d'un galvanomètre.

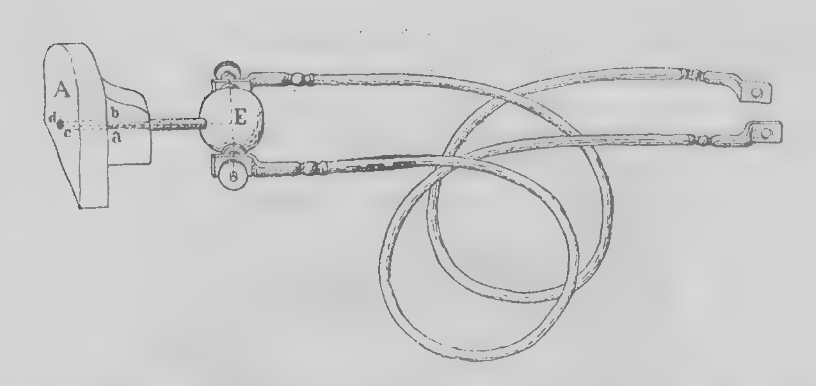
La longueur, ainsi que le diamètre de ces fils, sont calculés pour correspondre à une résistance électrique déterminée.

On fausserait les indications du galvanomètre si pour une cause quelconque on changeait les dimensions de ces fils.

Le galvanomètre.

(Extrait d'une brochure publiée par la Société Internationale des électriciens.)





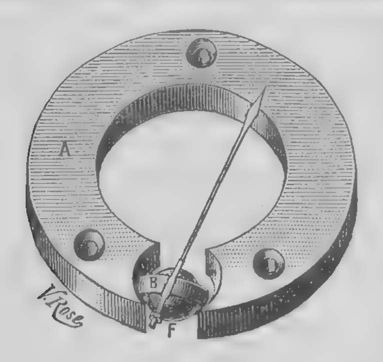
Le galvanomètre est basé sur le principe d'un cadre galvanométrique mobile dans un champ magnétique produit par un courant permanent (fig. 2.)

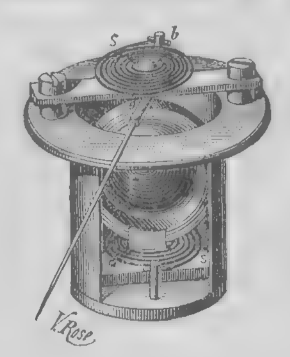
Ce principe n'est pas nouveau. En 1835, William Sturgeon, à qui l'on doit l'électro-aimant sous la forme qu'on lui donne généralement aujourd'hui, imagina un *thermo-galvanomètre* basé sur ce principe, en suspendant un cadre contenant les soudures thermo-électriques dans le champ d'un gros aimant sur pivot.

Le galvanomètre est à cadre mobile monté sur pivot.

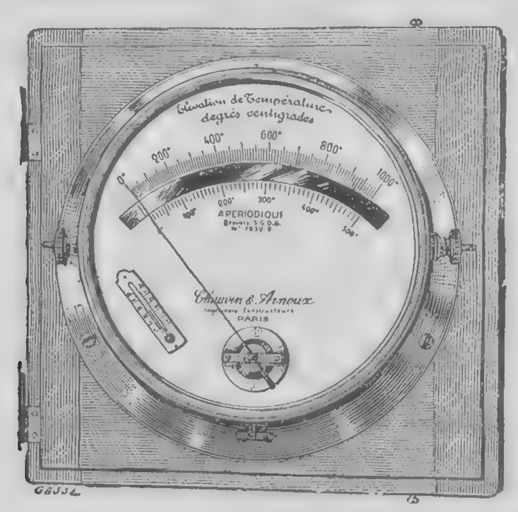
Le cadre mobile (fig. 3) est constitué par une petite couronne de fil de cuivre isolée à la soie. Cette couronne est sertie entre deux bagues concentriques de cuivre pur découpées dans du tube sans soudure, obtenu par le procédé Elmore, et les deux extrémités du fil sont respectivement soudées à ces deux bagues. Celles-ci n'ont pas seulement pour but de donner au cadre galvanométrique une rigidité qu'il ne pourrait posséder sans cela, mais encore de constituer un amortisseur *électro-magnétique* très énergique qui permet à l'aiguille

indicatrice d'atteindre *sans oscillation* et néanmoins *avec exactitude* sa position d'équilibre. Ainsi constitué, le cadre mobile a l'aspect et les dimensions d'une alliance ordinaire. Il est muni, suivant un de ses





diamètres, de deux petits pivots en acier pénétrant dans deux crapaudines en pierre fine qui réduisent considérablement les frottements et l'isolent électriquement.



Deux ressorts spéciaux en métal non magnétique amènent le courant au cadre mobile. Ces deux ressorts spiraux sont bandés l'un contre l'autre afin d'assurer au départ la fixité par rapport au zéro de l'aiguille qui est en *aluminium* afin de réduire autant que possible le moment d'inertie de la partie mobile.

Tout cet équipage parfaitement équilibré, de façon à permettre les lectures dans toutes les positions, est renfermé dans un tube à embase, muni à ses deux extrémités de deux traverses, sur le milieu desquelles sont fixées les chapes de deux crapaudines en pierre fine. A l'intérieur du cadre mobile se trouve centrée et fixée, sur le tube à embase, une

de ces billes en acier que l'industrie fabrique couramment aujourd'hui, et qui vient fermer le circuit magnétique d'un aimant en forme d'anneau (fig. 2), lorsqu'on engage le tube à embase dans l'évidement cylindrique ménagé dans ses mâchoires, et par conséquent, porter au maximun possible l'intensité du champ magnétique dans lequel se meut le cadre mobile.

L'appareil fixé dans un boîtier est muni d'un cadran et gradué (fig. 4) de la façon indiquée au cours de cet article.

Conclusion.

A notre avis, si les fours électriques munis de pyromètres constituent des appareils de choix pour la fusion des émaux à basse température, nous ne conseillons pas leur emploi pour ceux à haute fusion. Le four à gaz avec soufflerie Fletcher ou à air comprimé donnera d'excellents résultats.

Nous conseillerons également l'emploi de notre pyromètre dont la soudure chaude est soustraite à des températures susceptibles de la détériorer rapidement.

Notre pyromètre constitue un appareil rigoureusement exact pour des températures variant de 100 à 1600° centigrades sans aucune cause de déréglage ou de détérioration.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Séance du 21 avril 1907.

(*Suite.*)

Construction d'un bridge,

Par M. Joannidès.

Il s'agissait d'une malade qui s'est présentée à la clinique pour y faire procéder à la rectification d'anomalies dentaires. Le maxillaire supérieur présente en effet une dent surnuméraire portant à cinq le nombre des incisives supérieures. Les canines sont saines, les premières prémolaires gauches et droites sont absentes. Chacune des incisives supérieures présente une anomalie de direction (antéversion, latéroversion) ; les anomalies sont encore compliquées d'un prognathisme du maxillaire inférieur lequel est en outre projeté de gauche à droite. Il s'agit donc de rétablir une articulation se rapprochant de la normale et de ramener la ligne médiane au milieu de la face.

M. Joannidès a commencé par sectionner les couronnes des cinq incisives ; après la prise de l'empreinte il a confectionné un appareil

sur or remplaçant les cinq dents anormales par quatre dents normales et permettant d'obtenir une articulation bout à bout.

Pour avoir un appareil peu volumineux et tenant bien en bouche il a été procédé comme il suit : les deux canines constituant le point d'appui, sur le modèle une barette en or platiné a été estampée à environ un millimètre du collet de la dent sur la voûte palatine. Une feuille mince de platine a ensuite permis d'obtenir, en la brunissant sur la canine, un ajustage absolument parfait. Il ne restait plus qu'à réunir notre barette avec la feuille de platine en coulant de soudure par le procédé classique.

Nouvelle substance à empreintes,

Par MM. LAVIGNE et GRANGER.

Le principe de cette nouvelle substance (l'odonto-plastine) est de pouvoir se donner à elle-même par un moyen calorifique, une surface quasi liquide d'une température supportable et non adhérente. Cette surface fluide chassée, en quelque sorte, dans tous les interstices par la matière restée relativement ferme reproduit exactement la surface avec laquelle elle est mise en contact.

Cette substance n'a aucun retrait, ce qui joint à la finesse absolue (finesse très compréhensible d'après le principe précisé) permet l'ajustage de pièces ne nécessitant pas de retouche après la mise en bouche.

De plus elle durcit rapidement, ce qui permet de retirer une empreinte « presque dure » de la bouche, par suite suppression de tirage et de déformation. Déformation qui théoriquement n'existe pas mais qui pratiquement se produit toujours car il est pour ainsi dire impossible de l'éviter, si faible soit-elle, avec les substances molles à la température de la bouche. Le durcissement rapide offre encore l'avantage d'opérer assez vite et d'éviter les nausées que provoque quelquefois l'introduction du porte-empreinte dans la bouche. N'ayant ni odeur ni saveur, elle ne peut donner aucun dégoût au patient.

M. Granger prit lui-même l'empreinte de sa bouche. Il opéra comme pour les produits similaires, c'est-à-dire il amollit la substance dans l'eau chaude et en garnit convenablement un porte-empreinte.

Il procéda à l'obtention de la surface liquide en promenant légèrement la substance sur une flamme à combustion complète (lampe à alcool) et prit son empreinte, durant à peine une demi-minute, pendant laquelle les assistants purent constater la rapidité de durcissement, puis il la retira.

Quoique prise dans des conditions peu favorables l'empreinte sortit nette et fine.

Démonstration d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle à l'aide du masque de Robinson,

Par M. Staviski,

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

La démonstration de l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle a eu pour but de démontrer que jusqu'à présent le masque de Robinson est encore le plus simple, le moins encombrant, et aussi celui avec lequel la narcose s'obtient le plus rapidement. On lui reproche de suffoquer le malade en laissant passer brutalement les vapeurs de chlorure d'éthyle ; on n'a qu'à casser l'ampoule contenant le narcotique avant d'appliquer le masque sur le facies et cet inconvénient disparaît. Il est vrai qu'avec cette méthode on perd un peu des vapeurs de l'anesthésique, mais cette perte est si insignifiante que la narcose ne s'en ressent pas.

Le chlorure d'éthyle a été administré avec le masque de Robinson à cinq malades, dont trois ont eu chacun 5 racines à extraire. Deux de ces dernières (femmes) étaient très anémiées ; l'état général du troisième (jeune homme de 19 ans) était normal. Quantité de chlorure d'éthyle administré à chacun d'eux, 3 cmc. Durée du sommeil, 2 à 3 minutes. Pas d'excitation ni de vomissement.

Les deux autres malades (1 femme et 1 homme) — tous deux alcooliques, — ont chacun 3 racines à extraire. L'homme s'est réveillé au moment de l'extraction de la deuxième racine. Une application de 2 cmc. de l'anesthésique pour extraire la troisième était indispensable. Excitation assez forte au début. Tandis que chez la femme, 3 cmc. de chlorure d'éthyle ont suffi pour l'extraction des trois racines, et l'excitation au début était assez faible, mais nausée post-opératoire.

G. Lemerle.

AMERICAN DENTAL CLUB OF PARIS

Séance de mai 1907.

La réunion a eu lieu chez M. J. B. Davenport en présence d'une vingtaine de confrères, comprenant comme invités, notamment MM. Godon, Sauvez, Claude Martin, Amoëdo, Platschick, M[me] E.-C. Chase, etc., etc.

M. Robinson préside.

M. Solbrig fait une communication au sujet des anomalies des dents de sagesse mal placées. Ce sont surtout celles du bas qui présentent fréquemment de grandes anomalies de position, étant pour ainsi dire couchées vers les deuxièmes molaires. L'extraction de cette sorte de dents est souvent fort difficile, sinon impossible. M. Solbrig combat tout d'abord l'idée de sacrifier la seconde molaire pour permettre à la troisième de bien prendre sa place. De même il s'élève contre l'extraction des deux dents avec l'idée de réimplanter la deuxième molaire, opération peu sûre. Il faut chercher la solution du problème autre part. M. Solbrig (à l'aide de beaux modèles) montre un petit appareil destiné à redresser la mauvaise position de la dent. Il est fixé à la seconde molaire avec un ressort forçant la dent de sagesse à se relever et permettant ainsi l'extraction. Cela demande à peu près trois semaines. Mais souvent le dentiste est forcé de faire l'extraction tout de suite. Dans ce cas M. Solbrig enlève à l'aide de meules en corindon le cuspide antérieur de la dent et gagne assez d'espace pour faire manœuvrer le levier. De toute façon il vaut mieux user d'un anesthésique local que du protoxyde d'azote, attendu que celui-ci ne donne que fort peu de temps pour l'opération, tandis que, avec l'anesthésie locale, le patient aide un peu de son côté l'opérateur et laisse prendre le temps matériellement indispensable pour ces opérations si difficiles.

Dans un autre cas M. Solbrig a incrusté dans la dent mal placée un petit ressort, ce qui a suffi pour redresser la dent et l'ouverture a pu être aurifiée finalement.

L'auteur parle aussi de la douleur persistante après l'extraction des dents de sagesse inférieures. Dans un cas où cette souffrance était de fort longue durée, il n'en a eu raison que par le curettage de l'alvéole.

Toutes ces remarques ont été vivement applaudies d'autant plus qu'elles étaient illustrées par des modèles très soigneusement faits.

M. Godon exprime ses félicitations personnelles à l'auteur. Il se rappelle un cas très difficile, où il avait dû amputer, à l'aide de la langue-de-carpe, la couronne d'abord et les racines en petits mor-

ceaux. Aujourd'hui, avec la méthode de M. Solbrig, cette extraction eût été moins compliquée.

M. Claude Martin complimente M. Solbrig. En ce qui regarde la langue-de-carpe, son expérience lui permet de dire que, si l'on emploie cet instrument — dans certains cas — de façon à lui faire faire le mouvement contraire de l'ordinaire, on réussit merveilleusement à extraire la dent ; il a eu environ 80 bons résultats sur 100 en suivant cette méthode.

Mme Chase (de St-Louis) pour combattre la douleur après l'extraction préconise l'emploi du phénol sodique, à 25 0/0.

M. W. Davenport dans un cas difficile (inflammation des gencives provoquée par la mauvaise position d'une dent de sagesse inférieure), après avoir enlevé la partie cariée, a eu une bonne guérison avec l'emploi de la gutta sur les parties cautérisées avec du nitrate d'argent.

Il est tout à fait d'avis d'éviter l'extraction en usant de la gutta-percha pour combattre l'inflammation des gencives.

M. Robinson recommande, pour l'opération immédiate, l'anesthésie par le chloroforme, la résection de la partie externe du ramus maxillaire pour bien exposer la dent, ce qui permet l'extraction facile à l'aide de l'élévateur.

La blessure se referme toujours assez vite et sans souffrance post-opératoire.

Le président soumet à la discussion la communication de M. Aguilar (faite à Rome) au sujet de l'anesthésie locale par des injections intra-gingivales.

Comme M. Robinson a été informé par M. Aguilar que M. Amoëdo a été fort satisfait de cette méthode, il l'invite à donner quelques détails à ce sujet.

M. Amoëdo ne peut que confirmer les bons résultats obtenus avec des injections faites à gauche et à droite de la dent sensible. En général toute sensibilité de la dentine disparaît au bout de quelques minutes en permettant de préparer les cavités les plus sensibles. Cependant il faut prendre garde d'aller trop près de la pulpe, puisque l'absence de la sensibilité ne nous renseigne plus sur l'endroit exact où l'instrument s'engage. M. Amoëdo n'a jamais eu d'accidents désagréables avec la solution Aguilar.

Le président à ce sujet rappelle l'injection de Welin, de Stockholm, suivie de conséquences assez graves pour le patient (palpitations, nécrose de l'os). Ces mauvais symptômes ont été observés par M. W. Davenport également, qui ensuite a cessé l'emploi des injections Welin.

D'après *M. Godon*, ces désagréments ne s'observent plus avec la solution revisée que M. Welin emploie actuellement.

M. Kritschewski confirme l'opinion de M. Godon.

Le président demande à M. Claude Martin des détails sur un cas de redressement, où celui-ci a coiffé les molaires temporaires d'un enfant pour soulever l'articulation et ainsi gagner assez d'espace pour permettre aux molaires de 6 ans de pousser.

M. Claude Martin se rappelle ce cas, mais croit avoir employé ce moyen des coiffes pour combattre le prognathisme de l'enfant ; pour cette anomalie la surélévation de l'articulation par des coiffes sur les molaires est en général un bon remède.

La prochaine séance est renvoyée au mois d'octobre.

M. HIRSCHFELD,
Éditeur-secrétaire de l'A. D. C. P.

ENSEIGNEMENT

RAPPORTS DE L'ART DENTAIRE AVEC LA MÉDECINE

Par le professeur TRUMAN BROPHY, de Chicago.

A la réunion de novembre 1906 de la Société odontologique de Chicago, le président J. E. Hinkins, dans son discours annuel, a parlé notamment des rapports de la médecine avec l'art dentaire en formulant le désir que celui-ci devienne une branche de la médecine.

Une intéressante discussion s'est engagée sur cette question ; la plupart des membres y ont pris part. M. le prof. Brophy a, à cette occasion, prononcé un magistral discours que nous sommes heureux de reproduire, car il arrive à son heure au moment où de divers côtés cette question est à l'ordre du jour.

L'opinion de l'éminent professeur, auquel on doit de remarquables travaux de staphylorraphie, a d'autant plus de valeur qu'il est depuis 1900 président de la Commission d'enseignement de la F. D. I. et depuis longtemps doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Chicago.

J'ai eu maintes fois l'occasion d'exprimer mon opinion sur le sujet traité par le président dans son discours, sur la situation du dentiste et je me suis efforcé, dans des écrits que je préparais avec soin, de donner de bons arguments en faveur de cette opinion. Je sais très bien quelles sont les idées du président. Je regrette toujours d'être obligé de discuter la question de savoir ce qu'est la dentisterie. Je me souviens de ce que répondit le professeur Garretson, il y a plusieurs années, dans une réunion de l'Association des Facultés à un membre qui avait fait une communication sur la question de ce qu'est la dentisterie.

Ce membre voulait qu'on fît quelque chose qui pénétrât les hommes de l'importance de la profession dentaire. Afin que le dentiste eût, socialement, une plus haute place, il voulait qu'il lui fût accordé quelque distinction.

Garretson dit que cela ressemblerait à Vanderbilt parcourant le pays, et faisant des conférences pour convaincre les habitants de sa richesse. Nous n'avons pas besoin de demander à qui que ce soit de faire quoi que ce soit pour nous donner de l'importance. L'histoire de la profession dentaire peut être montrée avec orgueil, et nous pouvons dire : « Voilà ce que nous sommes » et finir là, la discussion.

Pour suivre les idées exprimées par le président dans son discours,

concernant la situation de la dentisterie, et aider à en faire une spécialité de la médecine (je le dis de propos délibéré), j'ai presque employé ma vie avec des efforts considérables. J'ai fait mes études de médecine après avoir fini mes études dentaires et après avoir obtenu mon diplôme. J'ai fait trois années d'études, quand deux seulement étaient nécessaires, parce que je sentais que deux années n'étaient pas suffisantes pour m'instruire à fond.

Quand le collège de chirurgie dentaire de Chicago commença à enseigner la dentisterie, nous débutâmes comme école de post-graduate dans laquelle seuls les médecins et les étudiants en médecine étaient admis, avec l'intention de diplômer, d'abord en médecine, nous mettant ainsi sur le plan des spécialistes en médecine.

Mais comment tout cela a-t-il changé ? Le président le sait trop bien. Il était étudiant à cette époque. Il y eut des médecins qui pensèrent pouvoir acquérir en peu de temps des connaissances dentaires et devenir des spécialistes en médecine. Ils étaient diplômés en médecine. Ils furent finalement obligés d'abandonner la dentisterie n'étant pas de ceux en général, avec quelques exceptions brillantes, qui pouvaient devenir d'habiles praticiens dentistes.

Vouloir dans le monde entier faire de la dentisterie une spécialité de la médecine serait un mouvement rétrograde.

Nous serions alors dans l'humiliante position des dentistes de certains pays, à l'étranger, à l'heure actuelle. Où y a-t-il une école de médecine qui puisse envoyer ses diplômés à l'étranger et les voir occuper des postes élevés et recevoir des distinctions nombreuses comme c'est le cas pour les diplômés de nos Ecoles dentaires ?

Qu'est le médecin américain de l'autre côté de l'Océan, à côté du dentiste américain ? On ne lui fait pas la place qu'on fait au dentiste américain qui a un bagage sérieux.

Faire de la dentisterie une spécialité de la médecine serait dépouiller le peuple américain d'une de ses corporations les plus honorées.

Devons-nous supprimer les jurys d'examinateurs dentistes dans tel ou tel Etat, et faire subir à nos jeunes gens, qui désirent pratiquer la dentisterie, des examens *dirigés* par des médecins ? Comment un jury médical peut-il être apte à juger des capacités d'un dentiste ?

Voyons l'Angleterre, la France, l'Italie, l'Espagne et l'Allemagne, et demandons-nous si nous désirons abolir nos lois d'Etat, nos conseils d'examens dentaires, pour que les dentistes aient comme examinateurs des médecins qui les interrogent sur les parties techniques des nombreuses branches qui entrent dans le programme des études dentaires. La moyenne des médecins n'est pas apte à faire subir un examen de dentisterie. Que serait la dentisterie de nos jours si les choses se passaient ainsi ?

En Allemagne et en France, tout diplômé en médecine est un dentiste légal. Il a le droit d'exercer la dentisterie. J'ai voyagé en Europe et j'y ai constaté le malheureux état des affaires. Des hommes tels que Godon, Miller et d'autres que je pourrais nommer, ont lutté pour obtenir un conseil d'examinateurs dentistes afin de pouvoir lever l'étendard de la profession dentaire en Europe. *Personne ne peut être « spécialiste » dans une profession, à laquelle il n'appartient pas légalement, et pour laquelle il n'aura pas fait d'études.* Je n'aime pas discuter cette question et j'estime que nous ne devrions pas la discuter dans nos associations.

Restons ce que nous sommes. On connaît et on apprécie notre travail. La Bible dit : « à leurs travaux vous les connaîtrez ». — Soyons connus par là.

Si mon fils devait se faire dentiste, j'aimerais mieux qu'il suivît, ses études dentaires terminées, un cours à l'Institut de technologie de Massachusetts, un cours d'ingénieurs électriciens ou d'ingénieurs civils, parce qu'il y acquerrait des connaissances qui lui seraient utiles, que de le voir étudier la gynécologie, les maladies de la peau, la chirurgie, l'orthopédie, toutes ces branches qu'il lui faudrait apprendre, s'il voulait obtenir son diplôme en médecine et devenir un légitime spécialiste en médecine.

L'étudiant en dentisterie n'a pas le temps d'apprendre tous ces sujets. Ils sont en dehors de sa sphère d'utilité. Le programme de nos écoles dentaires s'étend tellement que l'élève doit beaucoup travailler pendant tout le temps, pour acquérir une connaissance assez approfondie de sa profession pour débuter. Supposons qu'un candidat veuille pratiquer l'orthodontie ; où est le conseil médical qui pourrait l'interroger sur ce sujet ? Pourtant M. Hinkins dit que la dentisterie, qui comprend l'orthodontie, est une spécialité de la médecine. Cela ne peut être. Nous parlons d'un état de choses qu'il est absolument impossible d'établir.

Nous pourrions aussi bien demander au Conseil de salubrité de faire subir l'examen aux futurs ingénieurs civils ou aux ingénieurs électriciens, que de lui demander de juger des capacités d'un futur dentiste.

Le côté artistique de la dentisterie est indépendant de tout ce qui touche à l'enseignement médical et au traitement du mal. Il y a beaucoup de parties communes aux deux professions, médecine et dentisterie, dans l'anatomie, la physiologie, la pathologie. Mais ces branches ne sont pas strictement et purement médicales. Par exemple, la chimie est une branche par elle-même, on fait un peu de chimie dans l'exercice de la médecine, mais ce n'est pas une branche de la médecine. Les médecins pourraient se réclamer de toutes les sciences. Nous de même. Et c'est ce que nous faisons. Mais nous ne pouvons

vraiment pas consacrer quatre ou cinq années d'études dans une école de médecine à certaines branches, et ensuite trois ou quatre autres dans une école dentaire, pour acquérir les connaissances nécessaires à d'habiles dentistes. Comme l'a dit le professeur Griffith dans une réunion de la F. D. I. à Cambridge, en Angleterre, celui qui enseigne l'anatomie aux étudiants en dentisterie devrait être un dentiste. L'anatomie est enseignée, en ce moment, dans quelques écoles de médecine, par des hommes qui n'entendent rien à son utilité pratique en chirurgie. Le Dr Senn se plaignait amèrement que ces professeurs ne connaissaient rien des applications pratiques de l'anatomie chirurgicale et qu'ainsi pendant ses cours d'anatomie, quand il parlait de certaines opérations, les élèves ne comprenaient rien à ses conclusions. Nous croyons avoir fait un pas en avant au collège de chirurgie dentaire de Chicago, depuis la mort du professeur Skelton, en mettant à sa place un homme qui est dentiste aussi bien que médecin et bon physiologiste, pour l'enseignement de la physiologie. Cet homme enseignera aux élèves l'espèce de physiologie que les dentistes doivent connaître. Je crois qu'il serait bien préférable que celui qui enseigne l'anatomie dans une école dentaire soit dentiste, car alors il enseignerait très vraisemblablement les parties de l'anatomie qui ont des rapports pratiques avec les travaux du dentiste.

Nous n'avons pas le temps de tout apprendre. Nous devons donc apprendre ce qu'il nous sera utile de savoir. Je suis partisan de l'éducation utilitaire. Apprenons ce qui sera utile pour nos professions.

Je suis diplômé en médecine et vous pensiez naturellement que je suivrais les traces du président. Mais, je suis dentiste. J'aime à m'associer aux dentistes et je vous confesse franchement que je me sens plus chez moi avec eux que dans le milieu médical, bien que mes meilleurs amis soient médecins.

Le Dr Perry cita le Dr Senn, disant que les dentistes étaient mieux préparés à leur profession, que la moyenne des diplômés en médecine. Le Dr Bevan a émis une affirmation semblable : il a dit que le dentiste, tel qu'il est quand il débute dans sa carrière, est mieux préparé pour l'entreprendre, pour la poursuivre, que la moyenne des médecins. Il a beaucoup d'expérience pratique, ce que le diplômé en médecine n'acquerrera que par l'hôpital. Aussi dis-je : élevons-nous par notre travail et aidons les dentistes de l'autre côté de l'Océan, au lieu de les décourager en déclarant que nous sommes des spécialistes en médecine. Ils veulent se tirer d'embarras en élevant leur profession au lieu de la laisser déchoir.

C. G.

PROGRAMME D'ÉTUDES DENTAIRES RECOMMANDÉ PAR LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Les questions d'enseignement ont tenu une large place dans les travaux de la F. D. I. Successivement chaque année les divers points qui intéressent l'enseignement ont été étudiés par la Commission d'enseignement de la Fédération, que préside avec tant de distinction M. Brophy, de Chicago, dont nous publions dans les pages qui précèdent l'intéressant discours. Finalement la F. D. I. a adopté une série de vœux qui constituent par leur ensemble un programme dentaire idéal, puisqu'il est dû à la collaboration d'un grand nombre de directeurs et de professeurs des meilleures écoles dentaires du monde entier qui, dans des discussions des plus intéressantes à Cambridge, à Stockholm, à Madrid, à Saint-Louis, à Genève, se sont mis d'accord sur les meilleures méthodes et les meilleurs programmes d'enseignement dentaire.

A Genève, dans la dernière session, il a été décidé de coordonner les décisions prises dans les diverses sessions et qui se trouvaient éparses dans les procès-verbaux de la Fédération. C'est ce travail, qui vient d'être achevé, que nous publions ci-dessous.

M. R.

Etudes préliminaires.

I. — Les connaissances préliminaires qui devront être exigées des futurs dentistes, avant le commencement de leurs études professionnelles, seront les mêmes que celles dont doivent justifier les étudiants en médecine ou en droit, dans les pays où les écoles sont placées sous le contrôle du Gouvernement, ou l'équivalent de ces connaissances dans les pays où ce contrôle n'existe pas. Le ministre de l'Instruction publique déterminera quelles sont ces connaissances. (Stockholm, 1902.)

II. — Pour celui qui se destine à l'art dentaire, plus encore que pour tout autre, l'éducation de la main est le complément de l'éducation de l'esprit. Il est donc désirable que, préalablement à toute étude spéciale, le futur dentiste soit astreint à suivre des cours de travaux manuels. (Madrid, 1903 et Genève, 1906.)

Etudes professionnelles.

I. — La durée totale des études professionnelles dentaires devra être d'au moins quatre années. Ces études se divisent en deux parties :

a) Branches scientifiques et médicales.

b) Branches dentaires spéciales.

II. — Elles devront être organisées conformément à une méthode parallèle pour tous les cours, c'est-à-dire que l'enseignement scientifique et médical et l'enseignement de la dentisterie devront être suivis simultanément par les étudiants. (Stockholm, 1902.)

III. — Il est désirable que les programmes des Ecoles dentaires portent en jours et heures le temps consacré aux divers cours. (Genève, 1906.)

IV. — Les diplômés en médecine qui se proposent d'exercer l'art dentaire devront suivre dans une école dentaire au moins pendant deux années, de 1200 heures chacune, l'enseignement dans les branches spéciales de l'art dentaire. Comme consécration de ces études, les candidats devront, après avoir subi un examen sévère dans toutes les branches d'enseignement, obtenir un diplôme légal de dentiste. (Stockholm, 1902. Madrid, 1903. Genève, 1906.)

Etudes scientifiques et médicales.

Les études scientifiques et médicales que doit faire l'étudiant en dentisterie sont les suivantes :

1. Physique. 2. Chimie y compris la métallurgie. 3. Anatomie. 4. Histologie et embryologie. 5. Physiologie y compris la chimie physiologique. 6. Bactériologie. 7. Matière médicale et thérapeutique. 8. Pathologie générale. 9. Chirurgie générale. 10. Diagnostic physique. 11. Chirurgie spéciale et anesthésie. (Stockholm, 1902.)

Etudes dentaires spéciales.

A. *Cours théoriques.*

Les cours théoriques que devra suivre le candidat-dentiste sont les suivants :

1. Anatomie, Histologie, Physiologie dentaire normale et pathologique.
2. Pathologie dentaire.
3. Thérapeutique dentaire.
4. Dentisterie opératoire.
5. Prothèse.
6. Orthodontie.
7. Prothèse chirurgicale.
8. Hygiène dentaire.
9. Pathologie et chirurgie buccale.
10. Anesthésie.
11. Radiologie et électrothérapie.
12. Déontologie et jurisprudence dentaires.

B. *Cours pratiques.*

I. — Les connaissances préliminaires artistiques et prothétiques du chirurgien-dentiste doivent être acquises à l'Ecole dentaire plutôt qu'au cours d'un apprentissage chez un praticien. (Madrid, 1903.)

II. — Si les futurs élèves n'ont pas suivi de cours de travaux manuels, préparation indispensable à l'étude de la prothèse, les Ecoles dentaires devront organiser de tels cours pendant la première année d'études.

III. — Les Ecoles dentaires devront en outre donner aux élèves pendant la première année d'études :

a) Des notions élémentaires sur la constitution, la formation, les maladies et le traitement des organes qu'ils auront à traiter par la suite.

b) Un enseignement pratique gradué de la dentisterie opératoire sur le fantôme.

IV. — Les cours pratiques doivent comprendre :

1. Dentisterie opératoire.
2. Clinique dentaire.
3. Prothèse au laboratoire.
4. Prothèse clinique.
5. Clinique stomatologique et de chirurgie buccale.
6. Clinique d'anesthésie.

(Madrid, 1903.)

V. — Les différents cours théoriques et pratiques devront être répartis sur quatre années d'études suivant un programme gradué.

VI. — Pour assurer le contrôle des travaux pratiques, les élèves devront être tenus d'exécuter chaque année un nombre minimum d'opérations des diverses catégories et un nombre minimum d'appareils.

(Madrid, 1903.)

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

REVUE DE JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

(Suite[1].)

Exercice illégal. — L'exercice illégal est certainement, parmi les infractions que réprime la loi de 1892, une de celles qui a fourni et qui toujours fournira les décisions les plus nombreuses.

Depuis l'apparition de la loi de 1892, on ne compte pas, en effet, moins de 485 décisions rendues en la matière, sur les 106 que nous avons pu recueillir. Cela peut bien faire l'affaire des syndicats, qui ne reculent pas devant les poursuites, mais ne témoigne guère de la sagesse et de la prudence humaine !

Où et surtout quand s'arrêtera-t-on ? *Chi lo sa!*

Il serait temps et il y aurait peut-être moyen d'arrêter ce flot envahissant et d'enrayer ce mouvement ascensionnel.

Comment cela ? En pratiquant bonnement, si les tribunaux y veulent prêter la main, cette excellente méthode anglo-américaine, qui consiste à réprimer les fautes avec une inflexible sévérité qui servirait d'exemple.

Et maintenant, parcourons cette attristante et pitoyable nomenclature.

C'est d'abord un dentiste qui ouvre la liste par l'emploi illicite d'un anesthésique (T. corr. Seine, 1892).

Le tribunal correctionnel de la Seine, 26 janvier 1893, atteint ensuite les pratiques magnétiques ; les profanes doivent rester dans le domaine des expériences purement scientifiques et ne point entrer dans celui de la médecine proprement dite.

Puis, vient le tribunal de Beauvais, 3 mai 1893.

On poursuit l'administration de chloroforme sans assistance d'un aide capable, et l'abandon précipité du malade (T. corr. Alger, 4 novembre 1893).

S'agit-il d'un opérateur diplômé à l'étranger ? C'est un jugement du tribunal de Boulogne, du 5 septembre 1894, qui le va frapper.

Des curés (proh pudor !) sont atteints à leur tour, et nous ne parlons pas des fautes relevées contre les pharmaciens (il y en aurait trop à enregistrer (nous en avons, pour notre part, relevé 21) ; au surplus, ils sont presque toujours poursuivis comme complices !)

---

1. Voir les nos des 30 avril et 30 mai 1906.

Des fabricants d'instruments de chirurgie n'échappent pas davantage à la répression.

Et puis, voilà un officier de santé qui enrichit son pas de porte d'une plaque de docteur médecin (T. Châteaudun, 24 mai 1895) ; — un dentiste, qui s'affuble du titre de docteur (T. corr. Seine, 25 mai 1895) ; — un mécanicien aide-dentiste qui extrait des racines et pratique des redressements pour poser un appareil (T. corr. Amiens, 23 juillet 1895).

Il est vrai que, s'il exécute des pièces de prothèse sous la surveillance et les indications de son patron qui les pose lui-même, il n'est pas censé exercer l'art dentaire (T. corr. Brest, 8 novembre 1895).

Gare encore à l'exercice illégal pour celui qui, sans diplôme, prescrit et vend une préparation médicinale à des personnes attirées par ses affiches et ses annonces dans les journaux (T. corr. Seine, 15 novembre 1895).

Et, par hasard, une pauvre veuve, qui a été autorisée par justice et pratique sous un pseudonyme, sort indemne de cet enfer (T. corr. Seine, 4 janvier 1896).

Le tribunal correctionnel, 4 mars 1896, s'en prend à son tour à l'exercice illégal compliqué d'escroquerie.

Et le voilà qui atteint un rebouteur, un praticien non diplômé qui exerce, une somnambule ou un individu donnant des consultations en état de somnambulisme, un bandagiste-orthopédiste.

Et l'on nous apprend que, même ne figurant pas au *Codex*, les objets de pansements imprégnés de substances médicamenteuses, comme l'acide borique, le phénol, l'iode, l'iodoforme et l'iodol, la gaze à l'iodol, la gaze phéniquée, la gaze au sublimé, le coton boriqué, le coton iodé, le coton au sublimé, ne sont pas seulement de simples préparations hygiéniques, mais de véritables médicaments, à réserver aux seuls pharmaciens, qui ont droit de les préparer, doser et livrer au public, de même que les préparations antiseptiques employées comme agents curatifs, telles que la ouate-charpie boriquée avec 10 o/o d'acide borique, la gaze phéniquée avec 10 o/o de phénol, la ouate charpie et la gaze au sublimé avec 1 o/o de sublimé corrosif, la ouate charpie à l'iodoforme avec 10 o/o d'iodoforme et la gaze iodoforme avec 30 o/o d'iodoforme.

Et ce n'est pas tout !

De malheureuses sœurs de charité, dans leur dévouement à soigner les malades pauvres, doivent se garder de préparer et distribuer gratuitement les remèdes dits *magistraux*, et il leur est interdit de distribuer les remèdes *officinaux*, bien que régulièrement préparés (Cass. 13 mars 1897).

Et puis encore, — car toutes les professions y passent — nous voici en présence de sages-femmes (T. Lille, 20 avril 1897), d'un

masseur, d'un mécanicien-dentiste ouvrant sous son nom, en dehors des conditions légales, un cabinet dentaire.

A son tour parvient à passer entre les mailles du filet répresseur un dentiste non inscrit à la patente au 1er janvier 1892, mais par suite d'une omission d'inscription à la patente, qui est le fait de l'*Administration des contributions directes* (T. corr. Charolles, 11 décembre 1897.

Ici, c'est un herboriste qui vend de l'antipyrine qu'il détenait à son usage personnel (C. Lyon, 23 décembre 1897) ; — là, un diplômé étranger qui néglige de faire précéder ou suivre son nom, avec le titre de docteur, sans en indiquer l'origine étrangère (Cass. crim. 3 février 1898).

Mais, en même temps, la Cour reconnaît sagement que l'usurpation du titre de *docteur* par un officier de santé, ayant ainsi le droit de pratiquer la médecine, ne suffit pas pour appliquer la peine d'exercice illégal, cela n'étant pas un fait légalement punissable.

Citons aussi le tribunal correctionnel de Toulouse, 3 février 1898, — l'exercice sous un *pseudonyme* par un étranger (T. corr. Seine, 18 novembre 1898 ; — C. Paris, 12 mars 1899 ; — Cass. 27 juillet 1899).

Puis, c'est le tribunal correctionnel de la Seine, 3 décembre 1901, qui ouvre la marche.

La Cour de Paris, corr. 7 février 1902 (*Gaz. trib.* 11 mai 1902), frappe le commettant, pour ne s'être pas entouré de renseignements suffisants sur son préposé au moment où il lui confiait la direction de son établissement. — Viennent ensuite le tribunal correctionnel de la Seine, 11 avril 1902, le tribunal correctionnel de Versailles, 24 avril 1902, pour des opérations de prothèse et des prises d'empreinte par un mécanicien, en dehors du dentiste ; — la Cour de Paris, 11 mai 1982, le tribunal correctionnel de la Seine, 23 octobre 1902, s'en prennent à un ouvrier dentiste qui a intoxiqué de la morphine par injection hypodermique. — Le tribunal correctionnel de la Seine, 12 décembre 1902, frappe à son tour, un individu pour exercice illégal et punit comme complice le tiers non patenté dont il a payé le loyer de l'appartement, installé le cabinet et soldé une patente de dentiste inscrit à son propre nom.

Ensuite, la Cour de Douai, 17 février 1903, estime, en raison du préjudice causé, insuffisant comme indemnité allouée au syndicat, partie civile, le montant des dépenses alloué à titre de dommages-intérêts.

Est aussi punissable l'aide spécialiste exerçant chez un professionnel, dont la patente de patron ne saurait couvrir l'associé secondaire (C. Nancy, 14 mai 1903).

Le tribunal correctionnel de la Seine, 16 mai 1903, renvoie, au contraire, des fins de la poursuite un individu qui établit qu'il exerçait l'art dentaire avant la loi de 1892, et le tribunal correctionnel d'Evreux,

22 mai 1903, inflige un échec à un syndicat assez téméraire pour poursuivre, quand il manquait de témoins !

Mais la Cour de Paris, à son tour (5 novembre 1903), frappe un mécanicien-dentiste non diplômé, pour exercice illégal.

Elle renouvelle, par arrêt du 11 novembre 1903 l'application de la complicité pour paiement de loyer du non patenté exerçant, et est imitée en cela par le Tribunal correctionnel de la Seine (19 novembre 1903).

De son côté, le tribunal correctionnel d'Aurillac, 26 décembre 1903, réprime l'exercice illégal de l'usurpation de titre d'un non-diplômé.

Même solution par le tribunal correctionnel de la Seine en 1903 et la Cour de Paris (16 janvier 1904).

Le 17 février 1904, c'est la Cour de Douai qui entre en branle.

Puis, le tribunal correctionnel de la Seine, 10 mars 1904, interdit à l'opérateur non-diplômé de donner des soins hors la présence du titulaire du cabinet.

Le tribunal correctionnel de la Seine, 24 mars 1904, punit les manœuvres frauduleuses d'escroquerie, tendant, de la part d'une École dentaire, à créer une confusion entre le diplôme qu'elle délivre et celui délivré par une École concurrente, en faisant croire que son diplôme à elle procure des avantages réels pour l'exercice de la profession.

Encore une peine d'exercice illégal infligée, le 25 mars 1904, par le tribunal correctionnel de la Seine.

Même tribunal (11 mai 1904) : collaboration illicite d'un médecin avec une personne en état d'*hypnotisme* pour la consultation et les soins à donner aux malades.

Même tribunal encore (9 juillet 1904) : interdiction à un mécanicien de prendre l'empreinte de la bouche, d'essayer et de poser des appareils.

Tribunal correctionnel de Périgueux (29 juillet 1904) : condamnation d'un pharmacien qui exerce l'art dentaire sans diplôme et à l'état d'habitude.

La Cour de Paris (30 juillet 1904) estime que la prise des empreintes, l'essayage et la pose des appareils sont des faits d'exercice illégal ; que le placement d'un pansement constitue un acte illégal d'exercice de l'art dentaire ; que la réitération d'un pansement, à un jour d'intervalle, constitue le délit d'habitude, et qu'on se rend complice, en mettant à la disposition d'un non-diplômé le cabinet et les instruments destinés au traitement des dents.

Le tribunal de Chaumont, 1er août 1904, frappe, à son tour, un non-diplômé.

C'est pour la Cour de Dijon (21 octobre 1904), une usurpation

de titre que de prendre le titre de mécanicien-dentiste, rapproché de la rubrique : *Prothèse dentaire*, placée au-dessus de son nom dans l'enseigne établie à la porte du domicile.

Suivant le tribunal correctionnel de Nevers (3 novembre 1904), un syndicat constitué en vue de l'intérêt général de la profession a qualité pour ester en justice dans un intérêt général et collectif.

Un seul acte ayant un caractère médical ne peut constituer le délit d'exercice illégal.

L'arrachage de dents, la prise d'empreintes et la pose d'appareils par un non-diplômé sont interdits (T. corr. Seine, 12 novembre 1904).

Il en est de même du soin des dents auquel se livre le mécanicien-dentiste (Trib. corr. Seine, 12 novembre 1904).

Le fait, au lendemain d'une condamnation pour exercice illégal, de faire distribuer dans le public un prospectus annonçant l'arrachage gratuit des dents, d'en extraire et d'en soigner ensuite, en dehors des cas d'urgence, est répressible.

Mais, dans ce cas de récidive spéciale, on peut accorder le bénéfice des *circonstances atténuantes* (T. corr. Périgueux, 20 décembre 1904).

D'après le tribunal civil de la Seine (20 janvier 1905), l'association en participation entre un docteur en médecine et un chimiste pour exploiter une méthode de ce dernier traitant la *tuberculose* est radicalement nulle comme ayant pour objet un fait illicite, l'exercice en commun de l'art médical avec un non-diplômé. Et l'apport des espèces effectué n'ayant pas de cause, l'associé en peut répéter le montant.

Un docteur en médecine, diplômé à l'étranger et y demeurant, peut être condamné pour exercice illégal de la médecine dans une commune non contiguë à la frontière étrangère, et le médecin (belge) ne peut invoquer le bénéfice de la convention franco-belge du 12 janvier 1881, les communes limitrophes ne pouvant s'entendre de celles qui sont seulement voisines (T. Valenciennes, 15 mars 1905).

Un non-diplômé qui n'est pas patenté n'a pas droit d'arracher et plomber des dents, de prendre des empreintes et de poser des râteliers.

Le fait de faire suivre son nom dans des circulaires distribuées du titre de *médecin-dentiste* est de nature à faire naître dans l'esprit du public une confusion entre la dénomination de mécanicien-dentiste et celle de médecin-dentiste, alors surtout que, dans une plaque lacée sur les murs de la maison habitée et visible, on lit les mots : *X..., dentiste spécialiste.*

Il y a là usurpation de titre (C. Dijon, 3 mai 1905).

Le non-diplômé et le non-patenté sont condamnables, alors même qu'ils auraient antérieurement été inscrits par la *Préfecture de police* sur la liste des dentistes autorisés à exercer l'art dentaire dans le *Département de la Seine* (C. Paris, 12 mai 1905).

Enfin (Trib. Charolles, 25 novembre 1905), le mécanicien-dentiste, coupable d'exercice illégal et d'usurpation de titre, peut être condamné, en dehors de l'amende et des dommages-intérêts envers le syndicat qui le poursuit, à l'affichage du jugement à sa porte, à des insertions dans les journaux, et à la suppression de ses enseignes, même par la force publique.

Voilà une décision sévère, mais juste, et qui termine heureusement ce que cette esquisse un peu longue ■ pu présenter d'aride et d'insupportable. Puisse cette nouvelle jurisprudence faire des petits.

Cela nous permettrait, une autre fois, d'être plus brefs, quand nous aurons à parler d'exercice illégal de l'art dentaire. Et, quand il n'y aurait que cet avantage, ce n'est pas, j'imagine, nos lecteurs qui auront à se plaindre.

(A suivre.)

FERNAND WORMS,
Avocat à la Cour de Paris.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE REIMS

1er au 6 août 1907.

Nous espérions bien que notre appel à la profession serait entendu ; mais nous n'avions pas osé espérer un succès semblable à celui qui s'annonce.

Dès maintenant le Congrès de Reims se présente comme un des plus importants à tous égards que nous ayons tenus. Le nombre des communications déjà annoncées s'élève à plus de quarante.

Ceci prouve la vitalité scientifique de notre profession et le souci que nous avons de ne pas laisser se perdre dans des discussions de politique de groupement tous nos efforts intellectuels.

Le nombre des adhérents s'accroît sans cesse.

Des délégués étrangers, invités par le Comité d'organisation, donneront à notre Congrès un vif éclat.

Nous devons particulièrement signaler le grand avantage qui résulte pour nos réunions de pouvoir utiliser les locaux de la Faculté de Médecine pour les démonstrations pratiques. En effet, M. le Dr Lenglet a bien voulu mettre à notre disposition ces locaux, ce dont nous ne saurions trop le remercier. Il montre par là l'intérêt qu'il porte à nos travaux et son vif souci de favoriser tous les efforts scientifiques, de quelque nature qu'ils soient.

Enfin une exposition de fabricants et de fournisseurs est en bonne voie d'organisation, et ajoutera un attrait de plus et une utilité indiscutable au Congrès. Les efforts constants faits par les fournisseurs et fabricants nous assurent une exposition des plus intéressantes.

Néanmoins, nous renouvelons notre appel à tous les membres de la famille dentaire. Ils savent l'importance particulière de cette réunion, ils savent aussi qu'ils ne peuvent pas s'en désintéresser : notre art et notre profession réclament aujourd'hui le dévouement de tous les dentistes.

Nous publierons dans un prochain numéro la liste des adhérents et des communications.

Le Comité d'organisation.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE

La XXII[e] assemblée générale annuelle de la Société odontologique suisse s'est tenue, comme nous l'avons indiqué, les 25, 26 et 27 mai 1907 à Lucerne, avec le programme suivant :

Samedi, 25 mai, 4 h. après-midi, séance administrative (réservée aux membres de la Société et aux candidats). 8 h. du soir, réunion familiale.

Dimanche, 26 mai, 8 h. 1/2 du matin, communications et démonstrations. 1 h., banquet. 4 h., excursion en bateau à vapeur. 7 h. du soir, souper au « Stadthofgarten ». 9 h. 1/2, représentation au Kursaal.

Lundi, 27 mai, 8 h. 1/2 du matin, communications et démonstrations. 1 h. après-midi, banquet d'adieux.

Communications et démonstrations annoncées.

MM. *Redard*, de Genève :
- a) Dents d'Hutchinson.
- b) Sujet à choisir.

Thiersch, de Genève :
- a) Manière de faire des incrustations en or dans les molaires et les prémolaires. (Communication.)
- b) La technique des incrustations en or pour molaires et prémolaires. (Démonstration.)

Machwuerth, de Zurich : Traitement de la gangrène de la pulpe :
- a) Par l'électro-stérilisation ;
- b) Par la combinaison du tricrésol et de la formaline.

Stoppany, de Zurich : L'odontologie de la fissure labio-palatine latérale.

Römer, de Strasbourg : L'anatomie pathologique dans les diverses formes de pulpite. (Projections.)

Senn, de Zurich : La base de la dentisterie opératoire.

Sujets de discussion.

1° Expériences avec les ciments au silicate. (Rapporteur : *M. Gysi.*

2° Traitement de la périodontite aiguë ;

3° Emploi de dents à pulpe vivante comme supports de couronnes ;

4° Expériences avec le Formamint ;

5° Expériences avec les préparations Sahir ;

6° La résection apicale des racines ;

7° La méthode de Bier.

NOUVELLES

Groupement de l'École dentaire de Paris.

La Commission des réformes des études dentaires et de l'orientation professionnelle s'est réunie le 10 mai et a décidé, après avoir constitué son bureau, de mettre à l'étude les six questions suivantes :

1° Etudes préliminaires ;

2° Etudes techniques ;

3° Etudes scientifiques et médicales ;

4° Diplôme ;

5° Situation faite par les réformes aux Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique ;

6° Rapport de l'art dentaire et de l'art médical.

La Commission invite tous les membres de la profession qui seraient désireux de lui faire des communications ou d'être entendus par elle à en informer le secrétaire, M. G. Villain, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Exposition de journaux de Copenhague.

Une exposition internationale de revues et journaux professionnels, métiers graphiques et arts de réclame, a commencé à Copenhague dans les locaux de la Société industrielle, le 25 mai 1907, sous la présidence du Ministre de l'Intérieur.

Exposition de Dublin.

Une exposition internationale aura lieu à Dublin en 1907. Une bibliothèque collective d'hygiène, de médecine et de chirurgie y sera constituée et comprendra des livres, thèses, revues, journaux, tirages à part.

Exposition franco-britannique.

Une exposition universelle franco-britannique aura lieu à Londres en 1908.

Congrès dentaire international de Bordeaux.

Un Congrès dentaire international, dû à l'initiative de l'Association odontologique de Bordeaux et de la Société des dentistes de

Bordeaux et du Sud-Ouest, aura lieu à Bordeaux du 24 au 28 juillet 1907.

Le président du Bureau de ce Congrès est M. Roussel et le secrétaire général M. Pinèdre.

Le secrétariat est 29 cours d'Aquitaine.

Les diverses Sociétés composant le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, ayant été invitées à participer à ce Congrès, ont accepté cette invitation par l'ordre du jour suivant voté le 12 mai :

« Le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, comprenant la » Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, l'Associa- » tion générale des Dentistes de France et la Société d'Odontologie » de Paris, remercie l'Association odontologique de Bordeaux et la » Société des Dentistes de Bordeaux et du Sud-Ouest de leur invitation » au Congrès dentaire international de Bordeaux, dû à leur initiative, » et adhère à ce Congrès, étant bien entendu que les questions de » politique professionnelle en seront écartées, comme cela a été » indiqué. »

Société centrale des dentistes allemands.

La 46e assemblée annuelle du Central Verein deutscher Zahnärzte a eu lieu à Hambourg du 9 au 12 mai.

Union générale des Etudiants en chirurgie dentaire de France.

Les membres actifs de l'U. G. ont procédé au renouvellement annuel de leur Comité, le 29 avril, pour le premier tour de scrutin, le 7 mai, pour le scrutin de ballottage.

Le Comité, après validation des élus, a nommé son bureau le 15 mai.

Les électeurs de Paris avaient à élire 15 délégués et ceux de Bordeaux un seul.

Ont été élus :

Président : F. Doucedame.

Vice-Présidents : A. Favre, R. Vaysse.

Secrétaire général : Georges Cramer.

Secrétaire adjoint : H. Pouchan.

Membres : Bondenat, Brenot, Cagnoli, P. Francis Jean, Grimaud, Issalis, Kirsch, Loup, Pacheco, Sassani, Somen.

Visite à l'École dentaire de Paris.

L'Ecole dentaire de Paris a reçu la visite de M. le Dr Gendreau, professeur d'anatomie et de physiologie dentaire, de prothèse et de métallurgie à l'Ecole dentaire de l'Université Laval à Montréal (Canada).

Erratum.

Dans notre article nécrologique sur Benoist Audy publié dans le numéro du 30 avril, p. 396, nous avons omis de mentionner que le 3e fils du défunt, M. Eugène Audy, a succédé il y a douze ans à Compiègne, comme chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, à son regretté frère Gustave Audy. M. Eugène Audy est également conseiller municipal de Compiègne.

ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1907 VOL. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

PRÉSENTATION D'UN OPÉRÉ PORTEUR D'UN LARYNX ARTIFICIEL DELAIR

Par L. DELAIR,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

En 1902, je vous faisais part de mes recherches, dans le domaine prothétique dentaire, sur les appareils divers, imaginés depuis un peu plus d'un siècle, pour remédier à la phonation défectueuse des fissurés congénitaux du voile du palais, et je vous présentais, ici même, plusieurs sujets munis de mon appareil à clapet leur rendant la parole intelligible. C'est vous rappeler combien, depuis longtemps, je me suis attaché tout particulièrement à ce passionnant thème des troubles de la parole, si pénibles à ceux qui en sont affligés. Aussi, après avoir réussi à y apporter remède par la prothèse, ne devais-je pas me considérer comme satisfait avant d'avoir résolu un autre problème aussi captivant pour une catégorie d'affligés qui, bien que moins nombreux, n'en sont pas moins très malheureux aussi. Je veux parler de ceux qui, ayant joui normalement de la parole jusqu'à un âge plus ou moins avancé, s'en voient tout à coup privés à jamais, à la suite d'une intervention chirurgicale.

Le muet de naissance apprend, dès son jeune âge, le langage par signes, qui lui permet de se faire comprendre ; celui-là ne souffre pas de son infirmité. L'autre, au contraire, souvent père de famille, occupant dans la société une situation quelconque, se voit, du jour au lendemain,

diminué par l'impossibilité de pouvoir exprimer sa pensée. Il lui reste bien, il est vrai, la ressource d'écrire ; mais cela complique encore parfois ses relations avec ses semblables.

Il y a quatre ans, un de nos plus éminents laryngologistes, M. Pierre Sebileau, chirurgien des hôpitaux, me demanda d'imaginer un appareil pouvant s'appliquer, sans nouvelle opération, aux malades ayant subi l'ablation totale du larynx, organe producteur du son.

Après plusieurs mois de recherches et d'essais nombreux, après avoir exécuté plusieurs appareils plus ou moins imparfaits, j'imaginai enfin un appareil intra-buccal, que je posai à un opéré de M. le professeur P. Sebileau : c'est le larynx artificiel que je vous ai décrit au Congrès tenu à Grenoble, en 1904, par l'*Association française pour l'avancement des sciences*. J'en fis l'application pour la première fois à l'hôpital Lariboisière dans le service d'oto-rhino-laryngologie en juillet 1904.

Dès l'application de l'appareil, le laryngectomisé put parler et je le présentai à l'Académie de médecine à la fin du même mois. Je devais vous le présenter ici, à la Société d'Odontologie, le mardi suivant; mais mon sujet, craintif et peu reconnaissant, se déroba le jour de la présentation. A la même époque, mon ami M. Charles Godon faisait en mon nom, au Congrès international de Saint-Louis, une communication à ce sujet et soumettait à nos distingués confrères américains les dessins de l'appareil inventé par moi. Je dois à la vérité de dire que nos confrères d'outre-mer furent quelque peu sceptiques au sujet de son bon fonctionnement.

Depuis cette époque, j'ai exécuté et appliqué six appareils à des opérés de MM. P. Sebileau, Ch. Laurens, ancien assistant de M. Lermoyez à l'hôpital Saint-Antoine, et de M. Pauchet, professeur à l'École de médecine d'Amiens. Les circonstances ne m'avaient pas encore permis, jusqu'ici, de vous présenter un de ces malades porteurs de mon appareil. Aussi, je suis heureux, ce soir, de la bonne volonté de l'un d'eux qui, par reconnaissance, et bien qu'il m'ait lar-

gement honoré, veut bien se soumettre à votre examen, vous permettre de l'entendre et de juger mon œuvre. C'est un homme de haute intelligence qui, depuis six mois qu'il parle, m'a suggéré bien des petits perfectionnements dont je ferai profiter à l'avenir ceux auxquels j'appliquerai



mon larynx. Ces modifications portent sur la boîte d'aspiration se fixant sur la canule trachéale et à laquelle j'ai donné de plus grandes proportions ; puis sur le tube à air, dont j'ai pu porter le diamètre de 5 mm. à 9 mm. ; enfin sur la glotte artificielle que j'ai doublée de largeur. La voix est ainsi plus grave, le timbre est constant ; enfin elle peut à volonté se transformer en paroles sur quatre tons différents, ce qui donne à l'auditeur l'illusion de la modulation. Le

porteur de l'appareil peut parler, aussi aisément et malgré le bruit, dans les rues de Paris ou des grandes capitales qu'il visite, que dans son appartement ; il téléphone de Bayonne à Paris, et il peut même, s'il le veut, parler aussi à voix basse. Ses occupations l'obligent parfois à converser plusieurs heures de suite ; il le fait sans fatigue comme il vous le dira.

Prochainement, je poserai à un nouvel opéré de M. le docteur Sebileau, un appareil tout semblable à celui que vous allez examiner, je me propose de vous le présenter quatre ou cinq jours seulement après l'application du larynx artificiel ; bien que le sujet soit un paysan de Bourgogne presque illettré, je crois pouvoir vous affirmer qu'il pourra vous parler d'une façon très intelligible. Il faut, en effet, non seulement d'abord, comme pour un dentier, quelques jours d'accoutumance, mais aussi une éducation phonétique spéciale, de même qu'il en faut une pour les fissurés auxquels j'applique mon voile artificiel. Cet instrument peut, tout de suite, permettre l'émission de tous les sons simples et de la plupart des sons articulés ; mais il est à remarquer que la difficulté augmente lorsque celui qui le porte veut grouper de nombreux mots pour en former des phrases. En effet, le débutant a toujours tendance à donner trop de souffle, et il se trouve ainsi arrêté au bout de cinq à six mots. Avec l'habitude cependant, et une certaine gymnastique des organes accessoires de la parole, il peut, comme vous allez en juger tout à l'heure, émettre, en lisant, jusqu'à trente-six mots d'une seule expiration.

J'ajouterai que ce malade pouvait, cinq semaines après son opération, projeter avec force, à travers sa canule trachéale, la colonne d'air expiré par ses poumons jusqu'à la distance de 95 centimètres, et y éteindre une bougie ; aussi ai-je pu lui appliquer une glotte de 25 mm. de largeur.

A d'autres sujets ayant subi cet essai, et n'ayant pu éteindre la bougie qu'à 85 cm., 70 cm. et 55 cm., ce dernier sujet, une femme, j'ai appliqué des glottes de 25, 24, 23 et 22 mm. Les trois pièces qui composent l'appareil étant

toutes en or peuvent être journellement stérilisées à l'eau bouillante. Pour finir, et avant de vous présenter mon patient, que vous ferez parler à votre gré, je vous dirai que M. le professeur Sebileau, qui l'a opéré en juillet 1906, l'a présenté à la Société de Chirurgie, où les collègues de notre distingué maître ont admiré les résultats opératoires obtenus par lui, et qu'il a été sollicité par eux de leur faire un rapport et sur son mode opératoire particulier et sur mon appareil. Enfin je vous dirai qu'entre autres éloges et approbations à moi adressés à cette séance, M. le professeur Schwartz, chirurgien des Hôpitaux, ancien président de la Société de Chirurgie, a, le dernier prononcé ces paroles :

« Je suis frappé du bon résultat obtenu. J'avais, autrefois, lors de ma thèse d'agrégation, étudié et décrit les larynx artificiels. Ils n'étaient comparables en rien à ce que nous voyons aujourd'hui. Le principe de leur construction était tout différent : l'anche vibrante était dans la canule laryngée même, tandis qu'ici l'appareil phonateur est intra-buccal. Les mots sont très bien articulés, alors qu'autrefois il était loin d'en être ainsi. Nous devons nos félicitations, non seulement au chirurgien et à l'inventeur, mais encore à l'opéré qui, par son éducation et son énergie, a su obtenir de si beaux résultats. »

Après ces paroles autorisées je crois inutile d'insister davantage sur les résultats obtenus, dont vous allez pouvoir juger *de auditu*.

Le malade de M. Delair est alors présenté aux assistants et M. Touvet-Fanton, président de la Société d'Odontologie, prie M. R... de prendre la parole. Celui-ci s'exprime en ces termes :

« Je ne suis pas orateur, je n'ai jamais parlé en public, et c'est la première fois qu'il m'est donné de me faire entendre. Laissez-moi tout d'abord vous dire combien mon émotion est intense, et permettez-moi d'envoyer d'ici mon souvenir et l'expression de ma gratitude à votre maître, à mon cher et excellent ami M. Sebileau à qui je dois la vie végétative, et à M. Delair qui m'a rendu à la vie commerciale. Ce dernier vous disait il y a un instant qu'il avait été largement payé, non, messieurs ! Il n'y a pas de fortune, pas de trésor suffisant pour payer le génie qui a présidé à l'élaboration de cet appareil merveilleux ; je me considérerai toujours, et comme le débiteur de M. Sebileau, et comme le sien, et il a droit à ma reconnaissance éternelle ! Aussi, je ferai tout ce qui sera humainement possible pour lui être agréable et il sait qu'il peut disposer de moi en toutes circonstances, trop heureux de le servir et en même temps d'être utile à ceux qui, comme moi, ont été cruellement frappés par le destin.

Ceci dit, je n'entrerai pas dans les détails de la construction de l'appareil, qui me permet, comme vous pouvez en juger, de me faire entendre, mais mieux encore : je puis téléphoner de Paris à Bayonne, distants de 800 kilomètres ; je puis soutenir une discussion quelque aride qu'elle soit ; je cause sans fatigue du matin au soir. En résumé, je me trouve dans une situation plus avantageuse qu'avant l'heureuse intervention de M. Sebileau : je n'ai plus d'inconvénients, je vaque à mes occupations commerciales, visitant les principales capitales de l'Europe, ne me ménageant pas, jouissant d'une excellente santé physique, d'un moral à toute épreuve, et prenant les choses de la vie avec une douce philosophie. Encore une fois, messieurs, au risque de vous obséder, laissez-moi adresser mes plus vifs remercîments à M. Delair. »

Ces paroles, dites d'une voix extrêmement distincte, sont saluées par les applaudissements de la Société, qui félicite vivement M. Delair des beaux résultats obtenus grâce à son ingéniosité.

LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS

Le Tricrésol-formol.

Par HENRY J. HECK-MAGONNETTE,
Pharmacien-chimiste et médecin-dentiste, d'Ettelbruck.

(L'iatrochimie de la pulpe d'après les indications du Dr J. P. Buckley, de Chicago.)

Pendant que je travaillais à la clinique privée de mon vénéré maître M. Levett, professeur à l'École dentaire de Paris, j'y trouvai quelques flacons de tricrésol-formol, envoyés par M. A. Scheuer de Teplitz (Bohême). M. Levett essaya ce médicament et eut l'obligeance de le mettre à ma disposition. Les succès qu'il nous donnait me conduisirent à continuer ces essais en collaboration avec mon ami M. A. Stadelmann, d'Orizaba (Mexique), élève de troisième année à l'École dentaire. Quoique, d'après les guérisons déjà obtenues, nos prétentions fussent assez élevées, elles furent dépassées à la suite par nos résultats.

Je me propose de faire connaître cette méthode due aux travaux de M. J.-P. Buckley, de Chicago, en me basant surtout sur les publications de Scheuer, d'Escher et de Lartschneider.

Lors du Congrès de Saint-Louis, Buckley fit connaître le résumé de son mode de traitement des pulpites : « The Chemistry of Pulp Decomposition, with a Rational Treatment for this Condition and its Sequelae » (La chimie de la pulpe décomposée ; le traitement de cette maladie et de ses complications). Autant que je sache, les travaux de Buckley n'ont pas eu de retentissement en France.

La méthode de Buckley ayant comme point de départ des faits d'un ordre purement chimique, il est indispensable de commencer notre travail par une petite excursion dans le domaine de cette science.

La pulpe, au point de vue chimique, est formée par des

composés azotés, c'est-à-dire des albuminoïdes ou protéiques, et non azotés, les hydrates de carbone et les graisses [1].

Le dépérissement de ces tissus n'est qu'une décomposition, c'est-à-dire une transformation des molécules de composition très complexe, en corps plus simples. Pour les hydrates de carbone et dans de certaines conditions pour les graisses cette transformation se produit par fermentation, pour les albumines par putréfaction.

La décomposition de la pulpe n'est donc qu'une suite de réactions chimiques, produites par des microorganismes qui transforment les molécules complexes en composés plus simples bien définis. D'abord les microorganismes en s'attaquant aux hydrates de carbone provoquent une fermentation. Ce travail détermine la transformation de ces matières en acides, surtout en acide carbonique H^2CO^3 $(H_2O + CO_2)$ et en acide acétique $HC^2 H^3 O^2$.

La présence des acides est favorable au travail d'autres microorganismes qui se trouvent en grand nombre dans toute bouche et qui jouissent de la faculté de décomposer les albuminoïdes. Cette décomposition est désignée sous le nom de putréfaction, chimiquement parlant transformation des matières albuminoïdes en acide sulfhydrique H^2S, en putrescine $C^4H^{12}Az^2$ et en deux isomères, la cadavérine et la neuridine $C^5H^{14}Az^2$. Plus tard ces trois derniers corps se décomposent à leur tour et forment comme produits finaux de l'ammoniaque $Az H^3$ ou de ses dérivés.

Pendant tout ce temps les substances graisseuses ne semblent pas subir d'altérations profondes. Les bactéries peuvent, en effet, transformer les graisses en acides gras et glycérine dans un milieu alcalin ; cependant cette dernière condition essentielle faisant défaut, il y a lieu de croire que

1. Les albuminoïdes ou matières protéiques sont des substances azotées quaternaires dont la composition répond en moyenne à la formule $C^{32} H^{52} Az^{10} O^{12}$. Parmi elles se trouvent l'albumine, la fibrine, la caséine, l'osséine, etc.

Les hydrates de carbone, d'après les travaux mémorables de Fischer (1892), sont des corps que l'on peut envisager comme dérivant des sucres par condensation et élimination d'eau, comme des polysaccharides.

Les graisses sont formées par un mélange des éthers glycériques des acides palmitique, margarique et stéarique.

lors de la décomposition de la pulpe il reste à la fin du compte de l'eau, de l'acide carbonique, de l'acide acétique, de l'ammoniaque et une masse mi-putride composée en majeure partie de graisses [1].

Notons en passant que la décomposition de la pulpe entraîne la décomposition des fibrilles dans les canalicules de la dentine. Ces canalicules seront donc remplis des mêmes produits que la chambre et les canaux pulpaires.

Beaucoup de publications ont été faites relativement aux coagulants et leur emploi dans le traitement des canaux putrides. Bien des auteurs proscrivaient leur usage de peur que la coagulation n'empêchât ces médicaments de pénétrer plus en avant dans les canaux bouchés par leur travail. D'autres prétendaient et démontraient par des expériences « in vitro » que les matières albuminoïdes de la pulpe décomposée n'empêchaient nullement la pénétration du médicament coagulant. Les défenseurs de la première hypothèse prouvaient l'effet coagulant par l'action du remède sur l'albumine d'un œuf. Seulement ils oubliaient de faire des expériences avec un œuf pourri. Alors ils n'auraient constaté aucune coagulation, par la simple raison que l'albumine qui devait se coaguler n'existe plus et s'est transformée en des corps possédant des propriétés différentes.

Les méthodes tendant à provoquer la guérison de la pulpe par coagulation sont donc erronées : Buckley, par

---

1. Voici la simple méthode dont je me suis servi pour démontrer la présence de l'acide sulfhydrique et de l'ammoniaque :

On dépose une mèche trempée dans les détritus au fond d'un petit godet plat en verre. L'ouverture est recouverte de papier buvard humecté à sa surface inférieure d'une goutte d'extrait de saturne. A l'aide d'une glace placée au-dessous du vase on observe toutes les cinq minutes. Après un quart d'heure au plus on constatera la formation de sulfure de plomb, ce qui démontre la présence d'acide sulfhydrique en assez grande proportion.

Le fond d'une éprouvette est recouvert à un centimètre de hauteur de la solution suivante : Acide chlorhydrique (25 0/0) 1,0 — Alcool (96 0/0) 3,0 — Ether sulfurique 1,0. Le tube bouché au caoutchouc est penché dans un angle de 45° pour humecter ses parois jusqu'à un centimètre au-dessus du niveau du mélange. Le bouchon est remplacé par un autre, traversé par une baguette en verre dont on a enduit le bout inférieur d'une minime quantité de détritus. Ce bouchon est mis de façon que le bout de la baguette porteur du détritus se trouve à 1-2 centimètres au-dessus du niveau du réactif. De légères vapeurs blanchâtres ne tarderont pas à dénoncer la présence de l'ammoniaque.

conséquent, proscrit l'emploi des coagulants et nous invite à concentrer notre attention sur des remèdes capables d'entrer en combinaison chimique avec les produits finaux de la pulpe décomposée.

Récapitulons :

1° La putréfaction est une série de phénomènes analytiques, produits par des microorganismes ;

2° Beaucoup de ces microorganismes sont pathogènes ;

3° L'acide sulfhydrique, la neuridine, la cadavérine, la putrescine constituent les premiers produits de la décomposition ;

4° Parmi les gaz formés, nous trouvons, à côté de l'acide sulfhydrique, de l'acide carbonique et de l'ammoniaque.

Quant à l'acide sulfhydrique, il n'est pas aussi redoutable relativement à son action locale et à la décoloration de la dent qu'on l'admet ordinairement, mais il est autrement dangereux, comme nous le verrons plus loin.

La neuridine n'est pas toxique par elle-même et se transforme plus tard en ammoniaque ; pourtant, d'après les recherches de Vaughan et de Novy, elle acquiert, comme d'ailleurs toutes les autres bases inoffensives, des qualités toxiques dès qu'elle se trouve en présence de produits nocifs de la putréfaction.

Comme la neuridine, la cadavérine et la putrescine se décomposent et se transforment en ammoniaque. Autrefois on les croyait inoffensives au point de vue physiologique, mais Scheurlen, Grawitz et d'autres auteurs ont démontré leur tendance de provoquer l'inflammation et la nécrose.

Les gaz, c'est-à-dire l'acide sulfhydrique, l'acide carbonique et l'ammoniaque provoquent une pression vers l'apex dès qu'ils ne peuvent s'échapper autrement. Ils refoulent alors les ptomaïnes toxiques à travers l'apex pour produire une inflammation suivie d'un abcès alvéolaire.

Le traitement préconisé par Buckley n'est qu'une conséquence logique des données précédentes : Si nous nous proposons de soigner une pulpe gangréneuse, c'est-à-dire une pulpe dont les tissus sont en décomposition, nous enferme-

rons hermétiquement dans la chambre pulpaire un médicament volatil et pénétrant, capable de former avec les produits finaux de la putréfaction des composés chimiques inactifs et non toxiques. Ce remède, nous le possédons, c'est l'aldéhyde formique CH^2O, gaz universellement connu sous forme de solution aqueuse à 40 o/o, la formaline.

L'ammoniaque se combine à l'aldéhyde formique pour former l'urotropine ou hexaméthylène-tétramine $(CH^2)^6Az^4$, corps incolore, inodore, de saveur sucrée, employé en médecine comme antiseptique interne à cause de ses propriétés antibactérielles : $4AzH^4OH + 6CH^2O = (CH^2)^6Az^4 + 10H^2O$.

De même l'aldéhyde formique produit des composés chimiques inodores avec les ptomaïnes basiques et l'acide sulfhydrique : $2CH^2O + 2H^2S = 2CH^3OH + S^2$.

La formaline agissant par trop énergiquement, Buckley lui ajouta des crésols. Les crésols sont les homologues de l'acide phénique. Il en existe trois : l'ortho-, le para- et le métacrésol. Buckley nous conseille l'emploi d'un mélange, de ces trois corps, connu sous le nom de tricrésol. C'est un liquide jaunâtre, d'une odeur rappelant celle de la créosote et soluble dans l'eau jusqu'à 2 1/2 o/o.

En ajoutant le tricrésol, Buckley fut guidé surtout par les considérations suivantes :

1° Il se mélange à la formaline en toutes proportions ;

2° Son action antiseptique est presque le triple de celle de l'acide phénique ;

3° Il agit chimiquement sur les substances graisseuses du détritus, qui ne changent presque pas au point de vue chimique lors de la décomposition de la pulpe. Il dissout les globules de la graisse avec lesquelles il entre en combinaison pour former du lysol, pourvu qu'on ait desséché auparavant les canaux à l'aide de l'alcool. Le lysol est connu comme antiseptique par excellence.

Nous voyons donc comment l'emploi combiné de l'aldéhyde formique et du tricrésol permet de transformer les gaz et corps nocifs en corps inoffensifs, voire même en antiseptiques et germicides.

Voici la formule de Buckley pour le traitement de la pulpite gangréneuse sans autre complication :

Rp Tricrésol } ãã
Formaline }

Enfermer hermétiquement une boulette de coton trempée dans ce liquide dans la chambre pulpaire pendant un jour ou deux. Généralement un seul pansement suffit.

Quand il s'agit d'un abcès apical, la décomposition des tissus pulpaires est complète. Les produits intermédiaires et les ptomaïnes sont décomposés en majeure partie ; autour de l'apex il y a formation de pus. Puisqu'une fistule n'existe pas, nous commencerons par drainer le pus en dehors. Dans ce cas nous n'emploierons pas la formaline dans la concentration indiquée, lorsqu'il s'agissait de canalicules dentinaires et de canaux pulpaires encombrés d'une masse putride. Buckley, de peur que la formaline ne nuise à la structure de la dent, nous indique pour le traitement de l'abcès apical la formule suivante :

Rp Tricrésol 2,0
Formaline 1,0

Après le drainage du pus, introduisez une mèche de coton trempée dans ce liquide dans le canal pulpaire et fermez hermétiquement un ou deux jours. Répétez ce traitement deux ou trois fois. Bien souvent une seule application suffit.

Naturellement ces formules ne sont nullement inamovibles ; elles admettent des changements suivant les différents cas. Seulement si nous ne voulons pas compromettre la réussite du traitement, n'oublions jamais d'enfermer *hermétiquement* le pansement. Nous verrons à la suite que les formules des divers auteurs diffèrent entre elles — toutes cependant ne m'ont fourni que de bons résultats. Je crois qu'il ne s'agit pas tant de savoir laquelle d'entre elles nous emploierons, mais comment nous l'enfermerons. Il va de soi qu'on n'emploiera jamais des solutions où la formaline entrerait en de trop fortes proportions : Buckley, en effet, lui ajoute le tricrésol surtout pour mitiger son action par trop énergique.

Pour cette fermeture on peut se servir du ciment Fletscher (Fletscher's artificial dentine) ou d'une autre préparation. Pour ma part, je me sers pour toutes ces obturations provisoires d'un ciment préparé d'après la formule suivante :

Poudre : Sulfate de zinc anhydre 1,0.
Oxyde de zinc 2,5.
Liquide : Eau distillée 16,0.
Gomme arabique 1,0 ; après solution, ajoutez
Sulfite de calcium 0,07. Filtrez.

Escher, qui a obtenu des résultats « brillants » par ce mode de traitement, emploie toujours cette solution :

Rp Formaline à 10/0 } āā
Tricrésol }

Il a obtenu de bons résultats même lorsque la pulpe était encore recouverte d'une mince couche de dentine ramollie. Il est surtout content d'avoir trouvé enfin un antiseptique pouvant être enfermé hermétiquement avec la pulpe gangréneuse sans provoquer des réactions périostiques. On n'aura plus besoin de fermer une dent affligée de pulpite gangréneuse seulement d'une boulette de coton pour permettre l'expansion des gaz.

Comme Escher, je n'ai constaté de réaction du périoste qu'une fois et alors un abcès était en formation. Les douleurs, d'ailleurs très supportables, disparaissaient après quinze minutes. Naturellement quand il y a abcès alvéolaire, on fera toujours mieux ou de drainer avant tout pansement le pus par une incision ou de l'absorber à travers les canaux agrandis à l'eau régale et au sondage complet de Witzel. Pour le maxillaire supérieur le drainage se fera facilement : on n'a qu'à faire descendre le pus à l'aide de sondes bien fines. Quant au maxillaire inférieur le pronostic est moins favorable. Pourtant la guérison m'a toujours réussi après trois ou quatre pansements, même dans des cas que je jugeais désespérés. Naturellement s'il y avait encore du pus, je l'enlevais toujours avec du papier japonais. Dans les cas extrêmes, nous pourrions d'ailleurs avoir recours à la résection apicale.

Escher a constaté que les douleurs et les réactions périostales qui suivraient un pansement au tricrésol-formol indiquent toujours la présence de pus dans l'alvéole. Par contre les douleurs qui accompagnent une périodontite, voire même une périodontite qui a déjà produit un enflement, disparaîtront bientôt après l'application du médicament. S'il n'y a pas encore formation de pus autour de l'apex, l'enflure elle-même diminue souvent presque à vue d'œil.

Lartschneider n'emploie que la formule suivante :

Rp Tricrésol 20,0.
Formaline 10,0.
Glycérine 5,0.

Encouragé par les succès qu'il en obtenait, il l'emploie encore pour soigner les périostites compliquées d'une fistule. Après trépanation de la dent, il dessèche le canal à l'air chaud, puis il enferme une mèche de Buckley. Après quelques jours cette mèche est remplacée par une autre si cela paraît nécessaire, autrement il ferme définitivement avec une pâte au tricrésol-formol. Lorsque l'ouverture de la fistule est fermée ou qu'elle semble trop étroite pour l'écoulement des sécrétions, le même auteur recommande une incision préventive dans la papille gingivale.

La méthode de Buckley présente deux avantages éminents : 1° nous savons pourquoi elle nous donne des résultats vraiment stupéfiants, 2° elle est d'une simplicité surprenante.

Voici comment Scheuer résume son traitement : Ouverture de la chambre pulpaire, desséchement à l'alcool, pansement au tricrésol-formol en évitant tout contact entre le médicament et la gencive, fermeture hermétique. Le médicament fait ce qui reste à faire.

Le lendemain nous ne trouvons plus la moindre trace d'odeur putride ; les symptômes d'inflammation périostale disparaissent bientôt, de même la douleur, voire même tout sentiment de lourdeur. Il n'y a plus de périodontite aiguë provoquée par le traitement mécanique ; plus de sondage d'A. Witzel ; plus d'eau régale ni d'acide sulfurique de Boennecken, si ce n'est pour l'agrandissement des canaux.

Nous ouvrons une chambre pulpaire du maxillaire supérieur, le pus en découle. Nous exerçons une légère pression sur la région apicale pour faire écouler le pus autant que possible et pour l'absorber avec du papier japonais. L'apex est grandement ouvert par suite de la résorption; nous mettrons donc une mèche en tricrésol-formol et nous laisserons agir le médicament.

Nous nous trouvons en présence d'une fistule gingivale ; après un ou deux pansements de Buckley le pus sera devenu moins dense, presque limpide ; l'écoulement cessera après un troisième pansement et après quelque temps nous ne verrons plus qu'une légère cicatrice dans la gencive.

Après avoir transformé les matières nocives de cette façon, il ne nous reste plus qu'à agrandir les canaux pour les obturer avec une pâte selon la formule suivante :

R. Oxyde de zinc 8,0.
Sulfate de zinc anhydre 2,0.
Tricrésol 3,0.
Formaline 1,0.
Eugénol 1,0.
Glycérine q. s. pour faire une pâte de consistance assez épaisse.

Dès qu'il s'agit des dents de bouche ou de bicuspides atteints de pulpite gangréneuse sans autre complication, nous procéderons de la façon suivante : Pansement de Buckley. Le lendemain ou après 48 heures agrandissement de la chambre pulpaire et du canal dans le tiers de sa longueur ; nettoyage à l'alcool, pansement de Buckley ou, suivant le cas, obturation avec la pâte précitée. Avant de mettre la pâte on fait bien d'imprégner les canaux du mélange Buckley 2 : 1 qu'on résorbera après légèrement avec du coton. Bien entendu on fera attention de ne pas faire ressortir la pâte par l'apex, ce qui produirait une lésion inutile.

Admettons qu'il s'agisse d'une molaire. Après nettoyage sommaire et dessiccation de la chambre pulpaire, nous enfermerons hermétiquement un pansement de Buckley. A la prochaine séance la chambre pulpaire sera nettoyée à l'alcool absolu, ensuite desséchée, et, après y avoir fait découler

une goutte de tricrésol-formol 2 : 1 nous la remplirons de la pâte au tricrésol-formol, tout en ayant soin de ne remplir que la chambre pulpaire. Pas besoin de sonder ou d'ouvrir les canaux, la chambre pulpaire contient un dépôt suffisant de pâte de tricrésol-formol.

Maintenant nous saisissons l'action des préparations renfermant de la formaline sur la pulpe amputée. Seulement il ne s'agit plus d'une momification de la pulpe, mais surtout d'une action chimique.

Assurément, quand nous faisons l'amputation de la pulpe nous aurions tort de ne pas employer cette pâte. Lartschneider du moins en a tiré d'excellents résultats. Il renferme pendant quelques jours un pansement de Buckley sur la pulpe amputée. Après il le remplace par la pâte et il obture la dent. Le même auteur, dès qu'il a fait l'extirpation d'une pulpe, introduit une mèche de Buckley dans le canal et l'y laisse pendant cinq minutes au moins, même pendant quelques jours. Ensuite il introduit la pâte de Buckley et fait l'obturation définitive.

Pour finir cet exposé, je citerai un bon conseil qu'Escher destine aux jeunes confrères : Gardons-nous surtout de donner trop de soins à une dent. Il est vraiment ridicule de mettre tous les jours pendant des semaines et des mois toutes sortes de pansements antiseptiques dans une dent, et cela sans obtenir le moindre succès. Soyons prudents et consciencieux et permettons à la nature de nous aider dans notre traitement.

BIBLIOGRAPHIE

Hofzahnarzt O. Escher, Rudolstadt : *Behandlung der Pulpagangrän. Deutsche Zahnärztl. Wochenschr*, n° 26, 30 Juni 1906.

Dr Jos. Lartschneider, Linz : *Behandlung der Pulpagangrän mit Trikresol-Formalin. Oest. ung. Vierteljahrsschr*, 1906, n° 2.

Dr Jos. Lartschneider, *Die Behandlung von Fistelzähnen mit Trikresol-Formalin. Oest. ung. Vierteljahrsschrift* 1906, n° 3.

M. U. Dr Artur Scheuer, Teplitz : *Dr J.-P. Buckleys Behandlung der Gangraena Pulpae. Oester. Zeitschr. fur Stomatologie*, Wien, 12. Heft 1906.

Pawelz' Zahntechn. Reform. 5 mai 1905, Heft 9 : *Die Zersetzung der Pulpa.*

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA CAUSE DE LA POROSITÉ DANS LA VULCANITE

Par G. H. Pawelz, de Berlin.

Le *Zahnkunst* a essayé de résoudre scientifiquement la question de la porosité de la vulcanite en supposant que les causes de cette porosité reposent sur ce que les corps ne sont pas composés de masses de molécules régulièrement et exactement adhérentes, mais que ces molécules se combinent habituellement d'abord à certains éléments. Dans les milieux organiques il se forme des cellules et des fibres, tandis que dans les milieux inorganiques il se forme des cristaux minuscules. Quand ces matières s'unissent, il se forme des espaces qui deviennent des pores. Comme ces éléments sont beaucoup plus petits que les grains de poussière les plus fins, les corps comprimés artificiellement formés par des matières pulvérulentes comme le graphite artificiel, les vases d'argile et autres substances, ou les couches pierreuses résultant de dépôts d'eau, doivent avoir les pores les plus larges. Après les corps susmentionnés, suivant le diamètre des pores, viennent les substances organiques, auxquelles succèdent des matières cristallines, inorganiques. La porosité plus ou moins grande du charbon de bois résulte de la perte des molécules d'eau et d'oxygène pendant la combustion partielle; les pores de l'argile non vernissée sont dus à l'évaporation de l'eau pendant le séchage. Cependant les matières solides provenant de liquides gélatiniformes, les colloïdes tels que l'acide silicique, le bioxyde d'aluminium, les objets en caoutchouc chauffé, le verre fondu, les métaux forgés ne procèdent pas de substances élémentaires, en raison de leur création et leurs espaces intermoléculaires doivent être très petits, car ce sont des substances solides. En conséquence les colloïdes, aussi bien que les métaux fusibles forgés, possèdent la porosité minima. Si cependant ces corps sont chauffés et amollis, leurs parties intégrales deviennent plus aisément mobiles. Ce fait se vérifie quand on chauffe du caoutchouc pour le vulcaniser.

L'hydrogène peut ainsi être absorbé et causer la porosité. Le platine forgé au rouge absorbe quatre fois son volume d'hydrogène, le platine fondu beaucoup moins ; le palladium forgé absorbe six cents fois son volume d'hydrogène ; le fer, quatre fois son volume de bioxyde de carbone, et l'argent une grande quantité d'oxygène. Plus la chaleur est grande, plus la quantité de gaz absorbés est grande.

Suivant Graham on distingue :

1° Les pores qui forment des conduits ouverts dans les parois, ce

qui laisse les gaz entrer par leur propre force de pénétration : ex. les pores du graphite artificiel, de l'argile non vernissée.

2° Les pores pénétrés par les gaz sous l'influence d'une pression extérieure : ex. les pores du bois, de la pierre et de la vulcanite.

3° Les pores qui, par suite d'une affinité chimique de la substance, attirent les gaz de manière à liquéfier celle-ci : ex. les pores des colloïdes, des métaux liquéfiés et des liquides. Si l'on compare l'entrelacement des molécules avec un filet, les derniers pores sont comparables aux mailles et les deux premières espèces aux trous pratiqués dans le filet.

Je ne partage pas cette manière de voir. Bien entendu nous admettons que le caoutchouc en solution ou à l'état mou est un corps colloïdal et peut, comme tel, absorber des gaz à des températures plus élevées, mais attribuer à ce phénomène la porosité de la vulcanite, c'est établir un fait sans raison plausible. D'où dérive l'hydrogène ? Pendant la vulcanisation il n'y a pas dans le vulcanisateur de corps susceptibles de fournir de l'hydrogène facilement et la décomposition de l'eau en oxygène et en hydrogène ne peut se produire qu'à des températures très élevées, qui ne sont jamais atteintes pendant l'opération. Le problème de la vulcanisation n'est pas en réalité complètement résolu. La chimie a établi les faits suivants : la vulcanisation est une opération dans laquelle la molécule de caoutchouc se combine, sous la chaleur, lentement, chimiquement avec du soufre commun et, sous le froid, avec du chlorure de soufre ou d'autres composés sulfureux. Cette combinaison est-elle une autre substitution ou une addition ? La question est controversée.

Le caoutchouc est un hydro-carbure, dont la formule est $C_5 H_8$ ou un multiple, vraisemblablement $C_{100} H_{160}$, et est composé de 5 atomes de carbone et de 8 d'hydrogène. D'après la théorie de la substitution, le caoutchouc, chauffé par l'action catalytique du soufre, dégage de l'hydrogène et le remplace par du soufre. Cette théorie explique aisément la porosité. En chauffant trop et trop vite, comme le caoutchouc est mauvais conducteur de la chaleur, on vulcanise la couche extérieure en chassant l'hydrogène et en empêchant l'expulsion des gaz renfermés dans les parties intérieures. Ceux-ci se dilatent de plus en plus, avec l'élévation de la température, en produisant des cavités et en se combinant avec le soufre libre, formant ainsi de l'hydrogène sulfuré en vulcanite poreuse.

Dans les milieux scientifiques la théorie de l'addition a rencontré la préférence dans ces dernières années ; elle est basée sur ce que, pendant la vulcanisation ordinaire, il ne se forme pas d'hydrogène sulfuré. Une des meilleures autorités dans la chimie du caoutchouc, M. O. Weber, déclare dans le *Gummizeitung* qu'il est aisé de prouver expérimentalement si c'est un procédé d'addition ou de substitution.

Dans le premier cas la réaction a lieu suivant l'équation $(C_{10}\ H_{16})\ n \times S_2 = (C_{10}\ H_{16})\ n\ S_2$; dans le 2e, suivant l'équation $(C_{10}\ H_{16})\ n \times 2\ S_2 = (C_{10}\ H_{16})\ n\ S_2 \times 2\ H_2\ S$.

Dans ce dernier cas, la vulcanisation s'opère par la production de grandes quantités d'hydrogène sulfuré. D'après cette équation, la vulcanisation de 1.000 livres de caoutchouc avec 2 1/2 0/0 de soufre fixé donne en chiffres ronds environ 9.000 quarts d'hydrogène sulfuré. Il y a beaucoup d'usines vulcanisant plus de 2.000 livres de caoutchouc par jour et la production des quantités énormes d'hydrogène sulfuré, gaz puissamment toxique, serait un des plus grands dangers de l'industrie de la vulcanite. Cependant en réalité il se forme très peu d'hydrogène sulfuré dans les chambres de vulcanisation des usines de caoutchouc. En employant du caoutchouc parfaitement pur, il n'y a pas production de ce gaz. En enfermant dans un tube de verre solide du caoutchouc parfaitement pur mélangé à du soufre et en le vulcanisant, on ne trouve pas trace d'hydrogène sulfuré, et il se dégage seulement une petite quantité de soufre vaporisé, combiné avec de l'acide carbonique. Ceci permet de conclure que l'hydrocarbure de caoutchouc, le polyprène, se combine avec le soufre sans production d'hydrogène sulfuré. La vulcanisation est pour cette raison une opération d'addition.

M. Weber croit que la vulcanisation, produite par une influence chimique sur du caoutchouc colloïdal, amène la formation de pectine. MM. Marckwaldt et Frank dans leur traité « Origine et chimie du caoutchouc » s'expriment ainsi : « La preuve donnée à l'appui de la théorie de la substitution n'est pas satisfaisante, si on la compare à la théorie de l'addition et la formation d'hydrogène sulfuré pendant la vulcanisation est une opération secondaire sans importance ».

Tandis qu'au point de vue chimique cette nouvelle théorie semble exacte, elle n'explique pas la production physique des pores dans les plaques de vulcanite, relativement épaisses ou minces, et n'explique pas pourquoi le caoutchouc pur, c'est-à-dire exempt de matières colorantes, devient plus facilement poreux que le caoutchouc mélangé à ces matières. Les deux faits, toutefois, peuvent être expliqués d'une manière satisfaisante par la théorie de la substitution.

(*Dental Era*, mai 1906, p. 225.)

REVUE ANALYTIQUE

Hémorragie spontanée de la gencive chez un hémophilique. — Le vernis de la langue. — Maladie du caoutchouc. — Un cas d'amaurose consécutif à l'extraction d'une dent. — Epithélioma de la lèvre guéri par les rayons Roentgen.

Hémorragie spontanée de la gencive chez un hémophilique.

M. Arnone, de Pise, cite le cas d'une femme de 52 ans, née de parents sains, morts jeunes, réglée à 13 ans, mariée à 21 ans, infectée par son mari d'une maladie à manifestations cutanées, probablement la syphilis, qui n'a jamais été enceinte, a toujours eu des pertes de sang et des pertes blanches. Le mari eut des gonorrhées répétées, fut opéré d'une prostatite et mourut huit jours après l'opération.

La patiente s'éveilla une nuit la bouche pleine de sang. Le lendemain matin elle alla trouver le dentiste. Celui-ci constata que le sang s'échappait entre la première et la deuxième grosse molaire supérieure gauche. A la suite de l'application du thermo-cautère l'hémorragie diminua, mais le sang continua à s'échapper d'un côté ; après un tamponnement avec du perchlorure de fer, l'hémorragie s'arrêta. Sur le conseil du praticien, le sujet revint quelques jours après : l'hémorragie se reproduisit avec moins d'intensité que la première fois ; par la suite elle récidiva quelques fois spontanément, sans cause apparente, mais légèrement.

De mars à juin la patiente resta avec un tampon en permanence changé tous les trois ou quatre jours ; les hémorragies disparurent, mais chaque fois que le coton était changé, le sang sortait en abondance.

Le praticien eut recours à tous les hémostatiques, mais sans résultat. Le médecin fit prendre du fer à l'intérieur ; le traitement fut suspendu pendant un mois pour des troubles intestinaux ; mais la gencive resta dans le même état. Le dentiste se convainquit alors que le fer coagulait le sang, mais s'opposait, en coagulant les albuminoïdes, à la réparation des tissus. En conséquence il mit un tampon de coton trempé dans une solution sursaturée de gomme laque ; comme le sang continuait à s'échapper, il couvrit ce tampon de coton imprégné de perchlorure de fer pour que la coagulation se produisît en dehors de la blessure et que le fer ne vînt pas en contact avec les dents.

Quand la malade revint, le dentiste trouva au point d'hémorragie de nouveaux groupes de granulations revêtus d'épithélium et la gencive parfaitement cicatrisée, ce qui démontre que le fer, tout en arrêtant l'hémorragie, produit une eschare profonde dans un tissu mou et délicat

comme la gencive, et s'oppose à la réparation, en donnant lieu à de nouvelles hémorragies.

La patiente continue à aller très bien.

(*La Stomatologia*, juil. 1906, p. 504.)

Le vernis de la langue.

La cavité buccale et, par suite, la langue ont toujours été un terrain qui a provoqué peu d'observations de la part des cliniciens. Rollin observe que dans la plupart des traités des maladies de la bouche on ne mentionne pas l'enduit lingual.

Ewald soutient que, à part les formes morbides locales qui peuvent déterminer le développement de l'enduit lingual, il existe une relation intime entre l'état de la langue et celui de l'estomac; un catarrhe de l'estomac se manifeste au début sur la langue et, quand il disparaît, l'enduit disparaît aussi.

Rollin constate qu'il peut exister un parallélisme entre l'hyperacidité et une langue propre, humide, tandis que dans les gastrites hyperacides on peut noter une langue pâle avec enduit épais et adhérent. Il estime que la langue perd et reforme très facilement son épithélium, de sorte que sans perte de substance chez les dyspeptiques on voit éliminer de grandes quantités de cet enduit.

Le renouvellement de l'épithélium lingual est dû à l'énorme richesse de la langue en irrigation sanguine. L'hyperémie qui se rencontre dans l'hyperacidité favorise la desquamation épithéliale, tandis que l'anémie des autres états catarrhaux favorise la formation de l'enduit. L'abondante circulation sanguine de la langue explique aussi la différence qui se remarque sur la langue après et avant le repas. Ce n'est pas l'attrition mécanique de la mastication qui nettoie la langue, mais bien l'hyperémie qui se produit dans l'organe par l'acte même de la mastication.

En résumé il existe une relation étroite entre la langue et l'estomac, et l'hyperacidité de celui-ci a sa répercussion sur celle-là en favorisant la formation de l'enduit, lequel, au contact des dents, représente une des conditions favorables au développement de la carie.

(*La Stomatologia,* juil. 1906, p. 540.)

Maladie du caoutchouc.

Nous avons, à plusieurs reprises, entretenu nos lecteurs de la maladie du caoutchouc. Voici comment s'exprime à ce sujet M. de Witt Gritman, de Philadelphie, dans une communication à la Société odontologique de New-York :

Quand la vulcanite fut introduite dans la profession, les dentistes furent avertis que le mercure des plaques causait des inflammations de la muqueuse et les médecins en combattirent l'emploi. On prétendait que la vulcanisation changeait le vermillon — matière colorante du caoutchouc — ce qui, en mettant en liberté du mercure à l'état métallique, provoquait une série de phénomènes désignés sous le nom de stomatite mercurielle. Cela eut pour conséquence un examen chimi-

que et microscopique approfondi qui prouva que l'accusation n'était pas fondée et que, si des petites quantités de mercure libre pouvaient être trouvées dans des plaques bien vulcanisées, il n'était pas possible de les amener à la surface de celle-ci.

Les recherches de Black établirent que la surface de la plaque qui est en contact avec la muqueuse pouvait par elle-même produire l'inflammation de celle-ci et que cela était dû, non pas au mercure libre, mais à la rugosité de la plaque qui permettait aux particules alimentaires de s'accumuler et à des myriades de bactéries de se développer. Cela eut pour conséquence qu'on apporta un plus grand soin à finir les surfaces venant en contact avec la muqueuse de la bouche.

On eut recours d'abord au polissage puis à l'emploi de feuilles d'étain, qui donnent un beau poli à la surface.

Cela a triomphé de l'objection et l'on entend maintenant rarement parler de troubles inflammatoires.

Il est donc clair que le reproche adressé à la dentisterie prothétique n'est pas basé sur l'introduction du caoutchouc, mais sur le manque d'habileté nécessaire dans la confection de la pièce.

(*Dent. Cosm.*, août 1906, p. 866.)

Un cas d'amaurose consécutif à l'extraction d'une dent.

Il s'agit d'un soldat qui était artiste peintre avant son arrivée au corps. Au bout de six mois de présence il eut brusquement une odontalgie très violente.

Après examen dans le cabinet dentaire de l'École de santé militaire de Florence, la première molaire supérieure droite, cariée au 4e degré, lui fut enlevée. Peu d'heures après, nouvel accès névralgique s'irradiant de la joue droite à l'œil droit avec diminution progressive et rapide de l'acuité visuelle ; bientôt l'œil devint amaurotique.

Cet état dura cinq jours, puis cessa presque brusquement et à l'amaurose succéda une ambliopie notable. L'examen montra que le champ visuel était restreint à droite et à gauche, mais davantage à droite, avec une discromatopsie accentuée pour le bleu et le vert.

Rien de remarquable à l'examen externe, pas de lésion dans la bouche ; léger degré d'hypoesthésie.

M. Santamaria, qui cite ce cas, arrive aux conclusions suivantes :

1° Il ne s'agit pas ici d'ambliopie réflexe, comme c'est souvent le cas quand la névralgie dentaire est intense.

2° La discromatopsie est un fait intéressant, en raison de la profession du sujet ;

3° L'amaurose et la discromatopsie confirment le fait constaté par Trombetta que les symptômes présentés par les individus affectés de névrose traumatique se localisent de préférence dans les organes qui ont pour chaque patient une importance prédominante dans leur profession ;

4° Il n'y a aucun rapport entre la gravité du traumatisme souffert et les effets de la névrose consécutive ;

5° Les actions les plus légères elles-mêmes peuvent avoir des conséquences sérieuses et inattendues quand il s'agit de patients névropathiques.

(*La Stomatologia*, juil. 1906, p. 541.)

Épithélioma de la lèvre guéri par les rayons Roentgen.

M. B. Navarro Canovas, médecin militaire, rapporte le cas d'une femme de 80 ans (dont la mère était morte d'un cancer de la lèvre), qui présentait un ulcère de la lèvre supérieure allant en augmentant, de la dimension, quand il la vit, le 1er mars, d'une pièce de 10 centimes. Il diagnostiqua un épithélioma, et son diagnostic fut confirmé par plusieurs confrères. Un traitement antiseptique au sublimé et au séroforme, continué pendant 10 jours, ne donna aucun résultat.

M. Canovas eut l'idée de recourir aux rayons X. Il en commença l'application le 20 mars pendant des séances journalières de 10 minutes à 15 centimètres de distance. A la quatrième séance les douleurs cessèrent. Par la suite l'ulcère se couvrit d'une croûte qui persista quelques jours et qui, sous l'action d'un peu de vaseline, se détacha. Pendant les applications tout lavage de la plaie, toute application de pommade ou de médicament furent suspendus. Au bout de 15 ou 20 séances, les bords de l'ulcère, proéminents jusque-là, s'aplanirent, perdirent leur induration. Fin mai la malade était guérie. Le 10 juillet, M. Canovas revit la malade et ne constata même pas de cicatrice.

(*La Estomatologia*, novembre 1906.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 7 mai 1907.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4, sous la présidence de M. Touvet-Fanton, président.

M. le président. — Bien qu'il n'en soit pas fait mention à l'ordre du jour, nous avons tout d'abord à vous donner connaissance de la correspondance.

J'ai à vous communiquer un télégramme reçu du secrétaire général, M. Lemerle, qui s'excuse de ne pouvoir assister à notre réunion de ce soir.

Je n'ai pas sous la main le surplus de la correspondance, puisque M. Lemerle possède le dossier, mais je vais vous indiquer verbalement le contenu.

Il y a d'abord une lettre de M. Dreyfus qui nous fait avec assez de raison remarquer que les séances de la Société d'Odontologie n'ont pas toujours lieu le premier mardi de chaque mois, ce qui a dérouté le fonctionnement régulier de la Société. Une autre lettre émane de M. Amoëdo, président de la Société odontologique, disant que le fait de ne pas tenir nos séances à dates fixes nous a fait convoquer les membres de notre Société à des dates correspondant avec les réunions de la Société odontologique, ce qui est cause qu'il n'est plus possible aux membres appartenant aux deux Sociétés de suivre régulièrement les séances de chacune d'elles.

J'ai réuni le bureau à ce sujet et nous avons parlé de cette question. Tout le monde a été d'avis que la Société d'Odontologie devait reprendre ses réunions à dates fixes.

Nous avons donc été dans l'obligation de supprimer le mois dernier une séance de notre Société, en donnant seulement une importante réunion de démonstrations pratiques, et de remettre à ce soir la séance théorique, afin de reprendre d'une façon définitive nos séances le premier mardi de chaque mois. Nous ne pouvions effectivement pas donner deux séances avec huit ou dix jours seulement d'intervalle. De plus il se trouvait que la réunion que nous aurions pu avoir aurait coïncidé avec la séance de la Société odontologique.

Nous donnerons ainsi satisfaction à MM. Dreyfus et Amoëdo.

I. — QUELQUES MOTS SUR L'ÉROSION DES DENTS AVEC PRÉSENTATION DE MALADE ET PRÉSENTATION DE BRIDGE, PAR M. HEIDÉ.

M. Heïdé donne lecture de sa communication, qui sera publiée ultérieurement.

Il présente ensuite son malade qui est examiné par tous les membres.

DISCUSSION.

M. Amoëdo. — Permettez-moi, tout d'abord, d'adresser nos félicitations bien sincères à M. Heïdé pour sa très intéressante communication. Il y a cependant un point de nomenclature qu'il serait bon que nous examinions : c'est le terme *érosion.*

Déjà le professeur Fournier dans ses leçons cliniques de 1894 l'avait bien défini. Moi-même, dans une communication à la Société de Stomatologie, en 1899, j'avais insisté sur la différence de signification qu'a ce terme d'érosion en France, en Angleterre et dans l'Amérique du Nord.

En France, on entend par érosion une lésion remontant à la période de formation de la dent. Et nous en avons plusieurs variétés : *érosion en gâteau de miel*, *érosion en forme de toupie, érosion d'Hutchinson.*

Les Anglais et les Américains donnent à ces affections le nom d'atrophie. Ils comprennent par érosion les lésions caractérisées par une perte de substance des surfaces des dents, due à une réaction acide du milieu buccal, en combinaison avec une action mécanique quelconque. Ils lui donnent aussi le nom d'abrasion chimique, ou abrasion mécanique.

En France, cette lésion prend le nom d'*usure.*

Il est bon que nous conservions cette nomenclature, car cela prête à des erreurs.

Aussi, lorsque j'ai vu dans la convocation qu'il était question des érosions, je me suis empressé de feuilleter ce qu'il y avait à ma disposition sur l'érosion, et, en examinant les modèles tout à l'heure, j'ai eu beau chercher des érosions, je me suis seulement trouvé en face de dents usées...

En tous cas, il n'y a pas d'érosion dans la signification que nous donnons en France à cette lésion. Il serait bon qu'on s'en tienne à la nomenclature donnée ici en France, et non pas à celle employée par les Américains.

Ce que je viens de dire n'a rien à faire avec la valeur de la communication faite par M. Heïdé.

Quant à la pathogénie qu'a bien voulu nous donner M. Heïdé, je ne vois pas bien la pathogénie par troubles trophiques dans l'érosion de l'émail.

Le Dr Williams, de Londres, qui a beaucoup étudié l'anatomie de l'émail, n'a pas pu y trouver de fibres nerveuses. Il est arrivé à conclure qu'une fois le développement de l'émail fini, il n'est plus sous la dépendance de la nutrition et, partant, du système nerveux.

Nous constatons à chaque instant des dents à pulpe morte et même des amalgames placés au collet qui subissent les mêmes actions que les dents présentées par M. Heïdé tout à l'heure. Cette théorie trophique ne pourrait pas tenir debout si on l'appliquait à des dents mortes. Je ne vois pas que cette pathogénie soit très claire.

Quant à la partie mécanique, je trouve là un artiste tout à fait supérieur. J'ai constaté des travaux qui sont exécutés avec une perfection qu'on ne peut critiquer. Il n'y a rien à dire de ce côté, au contraire, M. Heïdé a droit à toutes nos félicitations.

M. Frey. — L'intervention de M. Heïdé présente cette perfection d'exécution à laquelle il nous a depuis longtemps habitués ; et, comme notre collègue Amoëdo, je l'en félicite vivement : il a protégé d'une façon fort ingénieuse des faces dentaires sensibles aux irritations extérieures.

Mais je regrette fort qu'il ne nous ait pas montré un modèle du bas avant toute intervention ; comme nulle part chez son malade je ne vois d'autres érosions en évolution sur les faces dentaires non recouvertes soit du haut soit du bas, je suis obligé d'accepter son diagnostic sans pouvoir le discuter.

M. Heïdé m'a promis tout à l'heure de nous communiquer ultérieurement l'observation entière de son malade au point de vue de l'état général ; ce sera intéressant, car lorsqu'il s'agit « d'érosions dites chimiques [1] » nous ne pouvons pas plus négliger l'état général que dans les cas de « pyorrhée alvéolaire ».

Sans doute dans l'érosion dite chimique il y a un élément local très important, c'est *l'élément mécanique* sur lequel le professeur Miller a, avec raison, mais d'une façon trop exclusive, à mon sens, attiré notre attention ; mais il y a aussi *l'élément général*, déjà entrevu par beaucoup d'auteurs et je citerai particulièrement Znamensky.

Cet élément général, M. Heïdé y pense quand il invoque des lésions trophiques de filets et ganglions nerveux intra-pulpaires.

Il y a longtemps que je considère l'érosion dite chimique comme une *trophonévrose* chez certains arthritiques : l'affaiblissement trophique de la dentoïdine (gangue organique, squelette organique de l'ivoire) permettrait aux globules calcaires de se détacher de cette gangue, de s'exfolier pour ainsi dire à l'occasion des frottements, des attouchements répétés, influence mécanique.

---

1. Il ne faut surtout pas les confondre avec l'érosion-atrophie.

C'est une pathogénie sur laquelle je reviendrai au Congrès de Reims, si vous le voulez bien ; mais je remercie M. Heïdé de m'avoir procuré l'occasion de l'esquisser ce soir.

M. Meng. — Je me permets de faire remarquer, au sujet du malade que vient de nous présenter M. Heïdé, la conformation de ses maxillaires. Quatre dents du maxillaire inférieur ne touchent pas les dents du maxillaire supérieur. Il y a là une raison qui m'échappe. Cet état est dû à un tic. Quel est-il ? je l'ignore.

Faut-il admettre que les dents du maxillaire supérieur aient eu un jeu semblable, un intervalle aussi grand que cela à 20 ans ? La langue doit chasser les dents du maxillaire inférieur dans le vide et le combler.

Il est certain que nous avons affaire à un homme qui est susceptible d'avoir des tics. Il ne le sait pas peut-être. On peut vivre avec un tic sans s'en apercevoir.

Je signale ce cas à M. Heïdé pour qu'il l'étudie. Peut-être bien que de l'examen de ce tic, de son étude vous arriverez à commenter le pourquoi de ce cas. Votre malade ne mord pas d'une façon normale, il ne mange peut-être pas d'une façon normale non plus.

M. Villain. — Quel avantage avez-vous trouvé à fixer et maintenir les dents entre elles par l'appareil que vous présentez. Le malade n'éprouve-t-il pas une certaine difficulté à nettoyer les interstices triangulaires formant avec les dents, l'appareil et la muqueuse, une pyramide creuse dont une seule face est ouverte. De plus, il ne semble pas en ce cas y avoir de pyorrhée alvéolaire, y a-t-il nécessité d'unir toutes ces dents entre elles ; ne vous semble-t-il pas qu'une coiffe linguale pour chaque dent, construite comme les couronnes de Carmichael, réduites, et laissant chaque dent indépendante, eût été plus avantageuse ?

M. Heïdé. — Je remercie M. Amoëdo de son observation, je respecte sa façon de penser. Il trouve qu'il n'y a pas d'érosion. Nous ne sommes pas d'accord à cet égard, car moi je trouve qu'il y a érosion. Il n'y a pas d'usure car, comme le disait M. Meng tout à l'heure, les dents du haut ne sont à certains endroits pas touchées par les dents du bas, et il y a pourtant tout de même une grande perte de substance à ces dents.

Toutes les dents du malade ne sont pas atteintes par cette affection, mais quelques-unes le sont d'une façon tout à fait marquée.

Nous savons tous que, lorsque nous avons des obturations à faire pour ces dents et que nous les taillons à l'aide de ciseaux à émail, ou à la fraise, il y a une modification dans les tissus qui sont devenus mous, je ne veux pas dire cartilagineux, mais réellement très mous. La fraise se taille un chemin là dedans avec beaucoup de facilité, ce qui prouve qu'il y a une modification dans le tissu de la dent. Ceci

est pour moi la preuve qu'il y a des troubles trophiques, des troubles de nutrition de la dent, des troubles de tout son organisme.

Je remercie beaucoup M. Frey d'avoir complété par son schéma l'explication que j'avais commencée dans ma communication. Cette communication est, je le sais, incomplète, n'ayant pas eu le temps de faire l'observation au complet. C'était un cas assez intéressant au point de vue pratique, je me suis dit : je ne vais pas laisser échapper cette occasion de le présenter à mes confrères qui trouveraient comme moi le cas typique. Je compte pouvoir compléter l'observation ultérieurement.

Quant à ce que me demandait M. Villain, de faire des plaquettes séparées, dans le système de Carmichael, je dirai que certainement cela donne de bons résultats, et j'ai déjà commencé une couronne séparée à une bicuspide supérieure, mais pour la mâchoire inférieure il y avait toute une série de dents atteintes et je ne pouvais pas compter sur un succès en faisant des plaquettes séparées à des dents très étroites comme le sont les incisives inférieures rendues encore plus étroites par l'érosion. J'ai donc soudé ensemble mes plaquettes, me disant : l'union fait la force. Quant au nettoyage me dit le malade, c'est très facile, la nourriture ne s'y loge pas.

M. le président. — Nous remercions M. Heïdé de sa très intéressante communication. Nous le remercions aussi d'avoir réussi à nous amener en même temps son malade, car cela donne toujours un poids considérable à une communication.

L'ordre du jour appelle maintenant une communication de M. Platschick. M. Platschick avait deux communications à vous faire, une qui vous a été annoncée, une qui ne l'a pas été. Si vous voulez bien le permettre, nous allons lui donner ce soir la parole pour celle de ses communications qui ne vous a pas été annoncée.

M. Platschick doit s'absenter d'ici quelques jours pour aller précisément faire cette communication au Congrès de Cardiff. La communication en question est faite à propos des blocs en or coulé.

II. — Four électrique.

M. Platschick. — C'est sur l'insistance de M. Godon que je vous présente cette communication aujourd'hui. Je vous prie de m'excuser si elle n'est pas complète. Je me proposais de ne la présenter qu'au Congrès de Cardiff et pour cela j'avais encore 15 jours devant moi pour la terminer.

M. Platschick donne lecture de sa communication et ajoute quelques explications sur les tableaux schématiques qu'il présente à l'assemblée. Il termine en offrant à la Société un de ses fours pour les démonstrations qui pourront être faites à l'École. (*Applaudissements.*)

DISCUSSION.

M. le président. — Vous voyez que le président n'a pas besoin de répondre à votre offre, puisque la Société d'Odontologie vient de le faire par ses chaleureux applaudissements.

M. Platschick fait ensuite la démonstration pratique de son four.

M. le président. — Quelqu'un demande-t-il la parole au sujet de la communication de M. Platschick ?

M. Godon. — Je ne veux dire que quelques mots, pour me féliciter personnellement d'avoir eu la bonne fortune, dans une conversation avec M. Platschick il y a deux jours, d'apprendre qu'il s'en allait à Cardiff au Congrès de la British Dental Association pour y faire la communication que vous venez d'entendre.

J'ai pensé répondre à votre désir à tous en insistant auprès de lui pour qu'il nous en donne la primeur. Cette communication, d'accord avec votre président, vous a été présentée en lieu et place de celle qui était annoncée à votre ordre du jour.

M. Platschick cite dans son historique des inlays d'or Aguilhon de Sarran.

Or j'ai eu l'occasion d'avoir dans ma clientèle une famille qui avait été soignée par Aguilhon de Sarran il y a une dizaine d'années. J'ai pu voir ainsi de ses inlays qui étaient très bien exécutés et qui avaient duré assez longtemps.

L'adaptation de l'inlay à la cavité laissait un peu à désirer, et la couche de ciment servant à les fixer était un peu épaisse.

Nous les avons remplacés depuis par des aurifications et des inlays, mais les siens avaient très bien protégé les dents pendant plusieurs années.

Quant au procédé que nous communique aujourd'hui M. Platschick, il me semble très ingénieux et parfait.

Pour ma part, je lui adresse mes sincères félicitations et je suis très heureux de voir que sa grande ingéniosité vient de se porter sur cette autre partie de notre technique si intéressante et qui paraît appelée à de nombreuses applications. Il nous apporte ce soir un appareil merveilleux qui nous rendra la fabrication des inlays très pratique et très facile et qui est appelé par cela même à nous rendre de très grands services.

Je remercie aussi M. Platschick de l'appareil qu'il veut bien avec sa générosité habituelle offrir à l'École.

Je le félicite également des tableaux dont il a illustré sa publication et qui l'ont rendue si claire et si compréhensible.

M. Villain. — Je tiens à exprimer toute mon admiration à M. Platschick pour la petite merveille qu'il vient de nous montrer ce soir. C'était effectivement une grande difficulté pour la confection des

inlays d'obtenir la température nécessaire. Souvent les insuccès étaient dus au surchauffage, au manque de chauffage du bloc de plâtre et de talc contenant l'inlay, d'où résulte, comme l'a dit M. Platschick, une formation de gaz que l'on peut attribuer à la calcination incomplète de la cire. Avec son appareil, pas de crainte que l'or ne soit insuffisamment liquide. Je crois qu'avec le four de M. Platschick nous arriverons à faire des inlays tout à fait parfaits.

Je tiendrais à faire ce soir une correction aux différentes communications que j'ai faites à la Société d'Odontologie et dans un article paru dans le *Laboratoire* j'ai attribué la méthode des inlays coulés à M. Ollendorf, croyant qu'il avait compris dans ses remarquables travaux de chiroplastie, des appareils et bridges, des blocs d'or. M. Platschick vient de nous dire que M. Solbrig le premier appliqua la méthode Ollendorf aux inlays d'or; je suis très heureux de donner la paternité de cette méthode à notre distingué confrère parisien M. Solbrig ici présent, et lui adresse toutes mes félicitations.

M. le président. — J'ajouterai un mot précisément au sujet de l'orateur qui vient de parler en dernier lieu : M. Villain. M. Villain nous avait précisément adressé une communication pour la prochaine séance intitulée : *Considérations sur l'inlay creux en or coulé.*

M. Villain vient tout à l'heure de me manifester le désir de laisser cette communication dans l'ombre, à la suite de la communication de M. Platschick.

Etant donné que tout le monde ne fait pas ses inlays en or coulé au moyen du four et que bien des confrères les font à la main, nous comptons quand même sur la communication de M. Villain, car il nous a déjà donné des démonstrations très intéressantes.

Quant à vous, Monsieur Platschick, tout ce que j'ajouterais après ce que la Société vient de vous manifester serait au-dessous de ce témoignage. Nous vous remercions tous pour votre très intéressante communication.

L'ordre du jour appelle une communication de M. Francis Jean. Auparavant je donnerai la parole à M. Frey qui vient de me la demander.

M. Frey. — Je vous demande la parole une minute au sujet de la Commission des dents minérales. Nous avons constaté effectivement que nos pouvoirs limités à la Société d'Odontologie étaient un peu restreints. Il nous a semblé que cette commission des dents minérales nommée par la Société d'Odontologie devait être simplement une commission d'initiative pour traiter cette importante question des dents minérales et que nous devrions constituer une grande commission avec tous les groupements professionnels. J'en ai parlé avec mes collègues de la Commission qui se sont déclarés du même avis. Mais comme c'est la Société d'Odontologie qui nous a donné des

pouvoirs pour étudier la question à nous tout seuls, il faut qu'elle nous donne des pouvoirs pour que notre commission d'initiative puisse réunir tous les confrères qu'intéresse cette question dans tous les groupements, afin que la Commission définitive puisse être constituée.

Je prierai donc M. le président de demander à nos confrères s'ils consentent à ce que notre commission reste simplement commission d'initiative pour la constitution d'une commission définitive constituée au moyen de tous les groupements professionnels.

M. le président. — La Commission s'est réunie à ce sujet, le bureau de la Société d'Odontologie également. Ce dernier, après avoir examiné la question ne fait que se rallier aux vues de M. Frey, président de la Commission. Nous vous demandons donc de vous rallier au vœu exprimé par notre commission. Je mets en conséquence aux voix la proposition de M. Frey.

La proposition est adoptée.

III. — Appareils extenseurs pour l'arcade dentaire inférieure avec plan incliné bi-latéral, par M. Francis Jean.

M. Francis Jean donne lecture de cette communication qui sera publiée ultérieurement.

Discussion.

M. Martinier. — Je n'avais pas demandé la parole mais puisque M. le président me la donne d'office je voudrais répéter à M. Francis Jean ce que je lui ai dit tout à l'heure, pendant la suspension de séance nécessitée par l'examen du cas. Je lui ai dit en effet que quelques confrères trouvaient que l'engrènement des dents était imparfait sur les modèles que représente le redressement après son achèvement. M. Francis Jean m'a dit que ces modèles n'étaient pas les derniers et que les résultats étaient beaucoup plus probants depuis que les modèles présentés avaient été pris. Je suis donc heureux de le déclarer publiquement.

Je partage l'opinion émise par notre distingué confrère dans les considérations générales qui précèdent les observations qu'il nous a soumises et je suis comme lui partisan des appareils amovibles que je crois préférables aux appareils inamovibles. Mais si je crois que son appareil extenseur de l'arcade a une valeur, je ne puis le suivre dans l'adjonction du plan incliné qu'il nous présente pour l'extension de l'arcade opposée. J'avais eu la même idée que lui il y a une dizaine d'années. J'avais alors, après avoir élargi l'arcade dentaire supérieure, tenté de terminer mon redressement en écartant simultanément le maxillaire inférieur, à l'aide d'une série de plans inclinés.

Je n'ai pas été satisfait des résultats obtenus et, outre que mes

dents ne se sont pas réengrenées, ainsi que je le désirais, j'ai constaté que le traumatisme obtenu par les plans inclinés pouvait être pernicieux pour les dents sur lesquelles il s'exerçait. Je peux, d'ailleurs, faire passer cet appareil, qui, vous le remarquerez, est basé sur le même principe que celui de M. Francis Jean. Je crois que mon appareil a été mal connu et qu'il partait d'un mauvais principe et je me suis promis à cette date de ne jamais plus l'employer.

M. Platschick. — Je demanderai à M. Francis Jean s'il ne croit pas que son fabricant d'appareils lui rendrait un service en modifiant légèrement son appareil.

M. Francis Jean. — Je vois ce que vous voulez dire. En effet, ceux qui ont appliqué mon appareil ont dû remarquer, comme moi-même, la disposition défectueuse des croix de Malte, qui sont à l'extrémité des coulisses, pour être prises dans le caoutchouc ; on est obligé de les rogner, de les modifier considérablement et difficilement pour se rapporter à l'inclinaison ogivale de la voûte palatine. La maison Contenau, sur mon conseil, les confectionne à présent d'une façon plus rationnelle en les fixant dans une position oblique, ceci pour le maxillaire supérieur. Elle prépare les coulisses parallèles différemment pour l'application au maxillaire inférieur, en remplaçant la croix de Malte par un prolongement en or platiné assez fort pour former un squelette solide à l'appareil en caoutchouc.

Si vous voulez avoir une fixité beaucoup plus considérable avec ces appareils, je vous engage, lorsque vous voudrez les appliquer, à ménager une lamelle entre deux molaires, même si ce sont des molaires de lait. De cette façon votre appareil a beaucoup de fixité. En tous cas j'ai imaginé un dispositif tout à fait spécial qui rendra d'autres services.

Je vais répondre à M. Martinier relativement à ce qu'il a dit à propos de la difficulté du réengrènement des molaires. Je lui ferai remarquer que généralement j'interviens de très bonne heure, au moment où le développement des maxillaires est le plus actif, et c'est pour cette raison que j'ai obtenu des résultats satisfaisants.

M. le président. — A quel âge ?

M. Francis Jean. — Vers la dixième année j'interviens très bien pour l'extension des maxillaires, malgré la présence de quelques dents de lait.

Je crois que c'est pour cette raison que mes maxillaires se modifient aisément et que j'en favorise le développement.

M. Godon. — Il est un peu tard pour engager ce soir une discussion sur une question aussi intéressante, et qui mérite d'être traitée plus amplement. Elle le sera d'ailleurs au Congrès de Reims, puisque nous avons deux rapporteurs : M. Francis Jean pour l'extension traitée par les appareils amovibles et M. Georges Villain par les appareils fixes.

Nous en avons déjà amorcé une autre ce soir sur l'érosion pour laquelle on nous a promis des études vraiment intéressantes qui seront exposées au Congrès de Reims. Nous ne pouvons donc qu'effleurer la question aujourd'hui ; puisque le temps nous manque remettons-la donc comme l'érosion à Reims. Si nous avions eu plus de temps j'aurais dit à notre ami Francis Jean que j'emploie un appareil similaire au sien, mais au lieu d'obtenir l'écartement par des tiges parallèles, je l'obtiens par une vis de Jack. Je lui aurais dit aussi que je ne suis pas de son avis au point de vue de ses critiques sur les appareils fixes, qui me semblent être, au contraire, des appareils d'avenir pour les redressements étant donné que leur action est constante. J'aurais ajouté qu'en ce moment même je m'occupe à remplacer tous les appareils mobiles que j'employais précédemment par des appareils fixes tels que ceux qu'ont décrits Angle et Case notamment.

Il sera bon que nous nous mettions un peu d'accord pour la classification, celle préconisée par Angle me paraît bonne au point de vue du diagnostic et du traitement. Elle est d'une clarté telle que nous devrions l'adopter.

M. Francis Jean nous a dit tout à l'heure qu'il fallait élargir la mâchoire. Ceci manque un peu de précision.

Depuis le Congrès de Lyon, l'année dernière, depuis la réunion de la British Dental Association à Londres il y a deux ans, depuis les communications faites ces dernières années enfin par Hawley (de Columbus), de Campion (de Manchester) et Pont (de Lyon), nous avons vu des méthodes qui nous apportent une certaine précision dans les cas d'athrésie du maxillaire permettant de savoir de quelle quantité nous devons augmenter notre maxillaire.

Je ne fais bien entendu ici qu'effleurer les différents points de la question. Je crois que nous pouvons nous réserver pour Reims afin de la discuter d'une manière plus étendue.

Je tenais cependant à faire mes réserves dès ce soir en ce qui concerne les appareils fixes, que je crois, pour ma part, appelés au plus grand avenir et qui semblent destinés à remplacer complètement les appareils mobiles que nous avons employés jusqu'ici pour le traitement des irrégularités dentaires.

M. Martinier. — Je suis heureux d'entendre dire que cette discussion reviendra au congrès de Reims et je compte être fidèle à ce rendez-vous. Mais je voudrais demander à M. Francis Jean, puisque nous paraissons devoir être lui et moi les champions des appareils amovibles, un peu de logique. Si je reconnais à l'appareil extenseur primitif de M. Francis Jean une valeur, c'est précisément parce qu'il prend un point d'appui plus tôt que le collet des dents et qu'il agit ainsi sur le bord alvéolaire. Or, avec le plan incliné qu'il nous présente c'est exactement le contraire qui se produit. Il ne fait donc

plus dans ce cas de l'extension du maxillaire proprement dit, mais il produit la déviation de toutes les dents sur lesquelles les forces agissent ce qui est exactement le contraire. Il faut absolument, à mon avis, que nous reconnaissions la valeur et la supériorité manifeste *des appareils qui exercent leur force en un point situé plus bas que le collet de la dent*, sur la partie supérieure du bord alvéolaire.

M. Francis Jean. — Vous avez vous-même présenté quelque chose de très intéressant à ce sujet. Si vous le voulez bien nous reverrons cela au Congrès de Reims.

M. Meng. — A une séance de la Société d'Odontologie où assistait le Dr Aguilar, de Madrid, j'ai eu le talent de soulever les rires de l'auditoire par mes observations et mon discours n'a pas été reproduit. Or je tiens encore à mes idées, comme il y a trois ou quatre ans, relativement à cette question de redressement.

Il faut d'abord dans ces cas rechercher la cause. Or par l'étude des redressements je me suis aperçu et j'ai formulé qu'il n'y a pas de déviations héréditaires. J'ai cru avoir fait en cela une découverte lorsqu'en bouquinant un peu plus attentivement les livres, je me suis aperçu qu'à la fin du XVIIIe siècle Hunter avait déjà émis cette opinion.

J'en reviens donc à ceci, c'est que dans toute étude de redressement il faut d'abord rechercher la cause.

M. Francis Jean nous présente deux redressements. Il en est un qu'il dit être une déviation héréditaire. Le second est un adénoïdien. Je crois pour le second qu'au bout de quelque temps vous vous seriez aperçu que les maxillaires étant bien en place si l'enfant avait été opérée, si elle avait dormi la bouche fermée, tout se serait remis en place.

M. Villain. — On a le tort de ne pas comprendre que dans les appareils fixes ne recouvrant pas la surface articulaire d'orthodontie, qui est quelquefois bonne, les dents s'engrènent presque parfaitement.

Pour obtenir l'écartement simultané des deux maxillaires, il faut maintenir les rapports des dents entre elles, c'est là un point capital auquel nous devons, je crois, nous attacher dans toute méthode de redressement.

Or les appareils recouvrant la surface articulaire des dents détruisent souvent les rapports normaux de celles-ci entre elles. Si vous examinez les modèles présentés ce soir par M. Francis Jean vous remarquerez que dans deux des cas les rapports mésio-distaux des arcades sont normaux avant l'intervention, alors qu'ils ne le sont plus du tout après l'écartement ; dans l'un des cas surtout nous remarquons un rapport anormal de plus d'un cuspide (rapport mésio-distal).

Il eût donc en ce cas été préférable de maintenir l'engrènement des dents pendant l'intervention et cela à l'aide d'appareils mobiles ou fixes.

Il est d'autres considérations qui m'entraîneraient trop loin, qui me font préférer les appareils, ne prenant pas point d'appui sur l'arcade; nous causerons de tout ceci à Reims où des rapports sur les deux méthodes seront présentés et discutés. Je tenais simplement à m'élever contre la tendance trop prononcée que l'on a de rejeter les méthodes d'Angle, de Case, de Jackson ou autres alors que, faute de les avoir étudiées ou pratiquées, nous ne les connaissons que trop peu.

Le président. — Je crois que la discussion peut être close ce soir. Elle reviendra d'ailleurs à Reims.

Je remercie M. Francis Jean de sa très intéressante communication.

M. Platschick se rendant au Congrès de Cardiff, j'espère qu'il voudra bien y représenter la Société d'Odontologie de Paris.

La séance est levée à 11 heures 3/4.

Le secrétaire général,
GEORGES LEMERLE.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Séance du 21 avril 1907.

(Suite.)

Orthopédie dento-faciale.

PRÉSENTATION D'UN APPAREIL PROPULSEUR DES APEX DES QUATRE INCISIVES SUPÉRIEURES SUIVANT LA MÉTHODE DU Dr CASE, DE CHICAGO.

Par le Dr BERTRAND DE NEVREZÉ,
Ancien interne des Asiles de Paris,
Ancien élève des Écoles de Chicago et de Philadelphie.

La jeune malade, âgée de 14 ans, dont il s'agit, est venue trouver l'auteur pour la correction d'une malformation dento-faciale caractérisée par les signes suivants :

Au point de vue facial. — 1° Une rétrusion du maxillaire supérieur au maxillaire inférieur normal ;

Au point de vue dentaire. — 2° Une occlusion irrégulière due à la non éruption des secondes bicuspides droite et gauche du maxillaire supérieur.

Ces dents sont incluses dans le maxillaire, ainsi que l'ont démontré l'examen radiographique et les commémoratifs qui apprennent qu'aucune extraction n'a été pratiquée jusqu'à ce jour.

Les premières molaires supérieures sont nettement distales par rapport aux premières molaires inférieures, surtout à droite.

Les incisives supérieures sont en rétroversion par rapport aux inférieures.

Au point de vue du maxillaire. — Le maxillaire supérieur présente une atrophie générale très nette et particulièrement dans sa moitié gauche.

Le diamètre frontal est diminué au point que toutes les dents supérieures forment un arc de cercle complètement inscrit dans l'arc formé par les dents inférieures.

Le diamètre sagittal est aussi diminué d'à peu près 0.005 millimètres.

La ligne médiane supérieure est reportée à gauche de 0.003 millimètres environ.

Direction du traitement.

1° Le diagnostic indique nettement qu'il ne faut pas toucher au maxillaire inférieur dont la protusion n'est qu'apparente ;

2° Il y a lieu de faire la dilatation du maxillaire supérieur dans le sens frontal tout d'abord, de façon à mettre les molaires en place ;

3° Enfin, on terminera par la dilatation sagittale du maxillaire supérieur par la propulsion des incisives supérieures parallèlement à elles-mêmes.

L'appareil de contour de Case est, dans ce cas, le seul indiqué.

La malade a été présentée, le dimanche 5 mai, porteuse de l'appareil de Case depuis trois mois. Le redressement est en très bonne voie.

Le résultat en sera publié avec la description de l'appareil dès que l'opération sera terminée.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 26 mai 1907.

La Société Odontologique de France a tenu sa séance mensuelle à l'Hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. Amoëdo.

La plus grande partie de la séance a été consacrée à une communication de *M. Bouchacourt* sur l'*endodiascopie pour le diagnostic en chirurgie dentaire.* M. Bouchacourt désigne par le terme d'endodiascopie, qu'il a créé, l'introduction dans les cavités naturelles d'une ampoule productrice des rayons de Roëntgen, permettant soit l'*endodiascopie* soit l'*endodiagraphie* des régions à examiner. L'auteur a insisté sur les services que sa méthode peut rendre aux dentistes, et a émis le vœu que l'endodiascopie devienne un moyen de diagnostic habituel dans la pratique dentaire. Il a présenté un certain nombre de radiographie d'une interprétation assez malaisée, à la vérité, pour un observateur peu exercé.

En terminant sa communication, et après avoir montré un certain nombre d'endodiascopes, M. Bouchacourt a fait quelques réserves sur les dangers toujours possibles de la rœntgenisation.

M. Foveau de Courmelles a combattu cette opinion ; pour lui, maniés avec prudence, dosés à une intensité faible, en usant de précautions, les rayons X seraient sans danger.

M. Siffre, tout en rendant hommage à la communication de M. Bouchacourt, a fait observer très justement, que les multiples détails techniques donnés par l'auteur, n'ont pu être suffisamment compris par la plus grande partie des auditeurs pour qui la radiologie est une science encore pleine de mystère, dont les éléments même leur sont inconnus.

M. Couvreur, au nom de M. Baratoux, présente un certain nombre d'instruments servant à *l'éclairage et à la radioscopie du sinus maxillaire.*

A ce sujet *M. Siffre* présente quelques réserves sur l'utilité de ces instruments pour le dentiste lui-même. Pour M. Siffre, le sinus n'est qu'accessoirement de notre ressort, accidentellement, pourrait-on dire. Aussi ces instruments spéciaux doivent-ils être laissés aux véritables spécialistes, la région gingivo-dentaire étant largement suffisante pour notre activité.

M. Lebedenski donne lecture de l'observation d'un cas de sarcome du sinus maxillaire. Cette observation minutieusement détaillée présente un tableau saisissant des différentes phases de cette terrible affection. Dans le cas de M. Lebedenski, la malignité de la tumeur semblait dater de l'époque où furent extraites plusieurs dents en rapport avec la région. Les extractions semblent avoir déterminé la rapidité qui a caractérisé la marche de ce sarcome. H. D.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

BULLETIN

MENTALITÉ STOMATOLOGIQUE

On vient de nous adresser une petite feuille médicale peu connue, même en Belgique où elle paraît, dans laquelle un de nos confrères, dentiste, ou plutôt stomatologiste en la bonne ville d'Anvers, éprouve le besoin de célébrer le prochain Congrès de Stomatologie en des termes d'une grossièreté peu commune à l'égard des dentistes. C'est sans doute pour encourager les quelques dentistes qui non médecins, pourraient être tentés de prendre part à ce Congrès grâce à la petite disposition du règlement qui leur en entr'ouve la porte s'ils promettent d'être bien sages et s'ils veulent faire acte de vasselage envers la stomatologie.

Nous nous abstiendrions de relever les aménités que nous adresse ce Monsieur, s'il s'agissait d'un de ceux qui se sont toujours tenus à l'écart des dentistes, mais il s'agit en l'espèce d'un homme qui est venu chercher à Paris l'enseignement de l'Ecole dentaire de Paris, qui a pris part à plusieurs réunions de dentistes dans son pays où en France et qui a été, dans ces divers endroits, accueilli avec une courtoisie qui aurait dû au moins lui imposer le silence à défaut d'une autre attitude.

Si nous en jugeons par les quelques lignes par lesquelles il salue l'avènement du Congrès de Stomatologie, nous sommes certainement en droit de penser que, quand des dentistes voudront s'adresser à un homme poli et bien élevé, ils en connaîtraient au moins un qu'ils devront éviter ; et si, comme le dit ce confrère courtois, les stomatologistes vont pouvoir enfin au Congrès de Stomatologie « se sentir les coudes, causer et fraterniser » on peut se demander si tous ses confrères seront heureux de sentir les coudes d'un monsieur qui paraît plutôt avoir l'habitude de les mettre dans l'assiette de son voisin.

Notre confrère anversois est également plein de gen-

tillesse dans les jugements qu'il porte sur les communications et discussions qui se produisent dans les réunions odontologiques :

« *Nous savons par expérience, dit-il, que du moment où des communications à caractère tant soit peu scientifiques sont faites devant une assemblée d'odontologistes, les discussions qui devraient normalement s'en suivre et porter leurs fruits sont nulles et non existantes. Les auteurs de ces communications en sont pour leurs frais, ils ont parlé dans le désert.* »

Les remarquables travaux de ce très savant confrère qui sont venus à notre très modeste connaissance ne nous paraissaient vraiment pas, par leur nombre et leur importance, lui donner quelque motif de porter un jugement aussi sévère.

Mais il est vrai que cet éminent praticien nous dit qu'il n'est plus d'un temps où « *le dentiste se bornait à faire des appareils prothétiques et des obturations de dents cariées* » *ce sont là des sujets dépourvus d'intérêt pour lui. Ceci nous explique pourquoi, ainsi qu'il le déclare, il ne s'est jamais senti à l'aise dans les Congrès dentaires ; sa place n'y était vraiment pas en effet, convenons-en, et il est bien désigné pour prendre une place importante dans un Congrès de stomatologie, où ce* Ver luisant *figurera avantageusement parmi les lumières stomatologiques.*

*
* *

Ceci dit en ce qui concerne particulièrement notre stomatologiste anversois, nous devons constater que son opinion, si elle n'est généralement pas exposée avec le même manque de forme, n'en représente pas moins le fond de la pensée de la plupart des stomatologistes. C'est du reste ce même esprit qui a inspiré le passage de la circulaire inaugurale du Congrès, déjà relevé dans ce journal, qui proclame que « le doctorat en médecine seul, aujourd'hui commun pour tous, assure à chacun dans toutes les spécialités la valeur et la dignité du praticien ».

C'est vraiment attribuer au diplôme de docteur en médecine des vertus passablement usurpées ; les réclames diverses de nombre de médecin spécialiste ou non que nous pourrions reproduire donnent un singulier démenti à cette opinion. Ce serait à croire que les rédacteurs de la circulaire n'ont jamais pénétré dans ces édicules discrets où nombre de leurs confrères docteurs en médecine, voire même anciens internes des hôpitaux de Paris, nous donnent un si bel exemple de la dignité professionnelle que leur a conférée ipso facto *leur titre de docteur en médecine.*

MM. les Stomatologistes n'ont pas plus le monopole de la dignité professionnelle, à laquelle pas mal d'entre eux donnent des crocs-en-jambe, qu'ils n'ont le monopole du savoir et de la valeur professionnelle. Sur ce dernier terrain particulièrement, il leur conviendrait de ne pas nous obliger à leur demander de faire un parallèle entre l'œuvre des Dentistes et celle des Stomatologistes.

Pour ne prendre qu'un pays et qu'une époque, que l'observateur impartial examine l'œuvre des Stomatologistes français qui, avec le prochain Congrès, célèbrent le 25e anniversaire de leur Société, et, durant la même époque, l'œuvre des Dentistes français qui fêtaient, eux aussi, il y a quelques années le 25e anniversaire de leur groupement le plus important.

Qu'il parcoure les procès-verbaux des diverses sociétés professionnelles, qu'il voie et compare l'œuvre scientifique des uns et des autres et qu'il dise de quel côté est la science et le savoir.

Est-ce que dans toute leur vie professionnelle, les Stomatologistes ne sont pas les obligés des Dentistes auxquels ils doivent tout : pathologie, thérapeutique, manuel opératoire, instrumentation, au point qu'ils ne peuvent toucher un instrument, effectuer une opération sans que le nom d'un dentiste y soit associé.

Il leur conviendrait, dans ces conditions, d'avoir un

peu plus de modestie à défaut de reconnaissance pour ces dentistes qui ont créé cette science qu'ils voudraient aujourd'hui accaparer à leur profit exclusif et ils ont une certaine audace, eux qui, n'ayant rien fait, rien fondé pour l'enseignement professionnel de l'art dentaire, viennent dire, comme l'écrit un de leurs plus remarquables représentants, qu'ils veulent arracher l'art dentaire à l'empirisme [1].

Quel est cependant le meilleur prototype de l'empirique si ce n'est le stomatologiste qui, dans la plupart des cas, exerce une profession qu'il n'a apprise que par les pires procédés de l'empirisme? C'est bien à lui qu'il convient de parler de routine, de préjugés et d'ignorance!

Et pour arracher l'art dentaire à l'empirisme que nous propose cet éminent stomatologue ? une chaire de stomatologie à la Faculté [2] ! *Ce n'est pas mal pour une science qui, lorsqu'elle réunit ses adeptes en Congrès est obligée de se subdiviser en dix sections différentes tellement est vaste le domaine qu'elle embrasse. Mais on sait qu'il est, de par le monde, une catégorie de gens pour laquelle tout semble aisé et facile; le comité d'organisation du Congrès ne nous dit-il pas que l'instruction technique est chose des plus facile à acquérir pour qui est nanti du parchemin doctoral.*

Quels gens arriérés que ces dentistes eux qui, dans tous les pays, peinent nombre d'années pour s'initier aux seuls éléments de leur technique, eux qui, dans leurs écoles, organisent de nombreuses chaires pour enseigner les diverses branches de leur science spéciale. C'est qu'ils ont la naïveté de croire ce que des gens qui se croyaient savants leur ont appris : que dans la nature toutes les organisations parties d'une cellule primitive vont en se subdivisant de plus en plus à mesure que l'organisme progresse et se perfectionne. Ils ont bien tort de croire à toutes ces fariboles et feraient

1. *Revue de Stomatologie*, 1907, p. 54.
2. *Revue de stomatologie*, 1907, p. 160.

mieux de suivre les leçons de nos bons stomatologistes qui ont conçu le progrès d'une façon bien plus simpliste puisqu'ils nous ramènent à la monère primitive!

Il est vrai que les dentistes pensent, contrairement à notre excellent stomatologiste anversois, auquel il nous faut bien revenir un instant, qu'ils sont encore d'un temps où l'on fait des appareils prothétiques et des obturations de dents cariées et qu'ils désirent apprendre à pratiquer le mieux possible ces diverses opérations tellement secondaires pour des stomatologistes

En ce qui concerne ceux-ci, nous serions curieux de savoir de quoi vivent tous ces excellents confrères, dentistes malgré eux : Est-ce que ce n'est pas comme les dentistes, du traitement des dents cariées et de la pose des appareils prothétiques? Une chose au moins les distingue toutefois des dentistes, c'est qu'ils rougissent de ce qui les fait vivre, alors que les dentistes s'en glorifient à juste titre, puisqu'ils exercent avec compétence une profession utile et honorable.

Quatre cents stomatologistes français, *nous dit la circulaire du Congrès,* affirment aujourd'hui sur tous les points de notre pays, LA VALEUR MÉDICALE de la stomatologie. *Nous ne chicanerons pas la Stomatologie sur la valeur médicale de ses membres que certains esprits chagrins mettent un peu en doute pour certaines épaves de la médecine réfugiées dans la Stomatologie; mais, pour des gens qui vivent des soins des dents et de la pose des appareils, il semble qu'il y a aussi une* VALEUR ODONTOLOGIQUE *qui aurait surtout besoin d'être affirmée, mais de celle-ci on ne souffle mot et pour cause.*

Et cependant, comme le disait un jour un brave patient qui était venu trouver un vulgaire dentiste pour se faire faire un appareil que, malgré ses efforts, un stomatologiste n'avait pu lui exécuter : « Cela m'est bien égal que mon dentiste soit médecin, mais il ne m'est pas indifférent qu'il sache me faire un dentier. »

MAURICE ROY.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

UNE PROTESTATION

M. le Prof. Miller, de Berlin, à titre de président de la F. D. I., nous a adressé la communication ci-dessous contenant une importante résolution adoptée, comme protestation, par la Société centrale des dentistes allemands et relative au Congrès de Budapest.

Nous avons communiqué cette protestation à la Société d'Odontologie, qui, comme on le verra, a adopté, dans sa séance du 4 juin, une résolution analogue, que nous signalons à l'attention des divers groupements dentaires. C. G.

Les Congrès stomatologistes et les Congrès médicaux internationaux

Par le professeur W. D. Miller.

Il y a deux ans le monde dentaire ne fut pas peu surpris d'apprendre que les dentistes dépourvus d'un titre médical ne seraient pas admis à prendre part au Congrès médical international de Lisbonne.

Une seconde surprise les attendait sous la forme d'une résolution adoptée par le comité d'organisation du 16e Congrès médical international qui se tiendra à Budapest en 1909. Cette résolution décide, en effet, la création d'une section de stomatologie, à laquelle ne seront pas admis les praticiens dentistes dépourvus d'un titre médical. Les dentistes ont raison d'être offensés de cette décision puisqu'ils ont toujours tendu la main aux stomatologistes et les ont volontiers admis dans leurs congrès nationaux et dans leurs congrès internationaux, même quand ceux-ci ne possédaient pas un titre dentaire spécial.

Je me propose d'examiner la question à fond dans un des prochains numéros du *Dental Cosmos* et ne la discuterai pas davantage cette fois, mon but, en écrivant ces lignes, étant de porter à la connaissance de la profession certaines résolutions que j'ai présentées à la dernière réunion de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands (Association dentaire nationale d'Allemagne) et qui ont été adoptées à l'unanimité et avec enthousiasme.

Protestation de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands.

Cette Société est informée que le Comité d'organisation du 16e Congrès médical international de Budapest (1909) a décidé, dans sa réunion du 19 décembre 1906, de ne pas admettre au Congrès les dentistes qui ne possèdent pas le titre de docteur en médecine. Cette décision surprend parce que, à la seule exception de Lisbonne, tous les congrès médicaux antérieurs ont admis les dentistes sans difficulté.

Cette décision est surtout surprenante parce que la science dentaire a réalisé de rapides progrès pendant les dernières années et parce que son importance comme branche de la médecine générale est reconnue de plus en plus par le public aussi bien que par la pro-

fession médicale. Comme plus de 95 o/o des dentistes d'Allemagne sont atteints par la décision précitée, la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands, avec les docteurs en médecine présents à sa réunion, a décidé à l'unanimité de considérer comme un manque de solidarité professionnelle la participation à la section de stomatologie du prochain Congrès de Budapest par tout dentiste allemand pourvu du titre médical exigé. Les dentistes allemands n'ayant jamais pris de mesures quelconques de nature à porter atteinte aux droits des stomatologistes doivent regretter amèrement toute décision prise par ceux-ci et aboutissant à des mesures nuisibles aux intérêts de la profession dentaire.

La Société centrale accueille avec plaisir la communication faite par les représentants des stomatologistes autrichiens, voit avec plaisir l'attitude qu'ils prennent et s'efforcera vivement d'entretenir les relations amicales qui ont toujours existé entre les dentistes allemands et leurs collègues stomatologistes en Autriche.

La Société centrale adresse une copie de cette résolution à la F. D. I. et prie la Fédération de protester auprès du Comité d'organisation du Congrès de Budapest contre l'exclusion des dentistes et d'inviter, directement ou par l'intermédiaire des comités nationaux, les associations dentaires nationales de tous les pays intéressés à adopter une mesure semblable.

Cette protestation a été lue à la Société d'Odontologie de Paris à sa séance du 4 juin et, à l'unanimité, la Société a adopté la résolution suivante :

RÉSOLUTION DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

La Société d'Odontologie de Paris, réunie en séance le mardi 4 juin 1907, après avoir entendu communication de la protestation adressée par M. le professeur Miller, de Berlin, comme président de la F. D. I., protestation émanant de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands (Association dentaire nationale allemande) contre les décisions prises par le Comité d'organisation du seizième Congrès médical international de Budapest (1909), dans sa séance du 19 décembre 1906, de ne pas admettre les dentistes qui ne possèdent pas le titre de docteur en médecine, déclare joindre sa protestation à celles du président de la F. D. I. et des confrères autrichiens et allemands contre cette décision, qu'elle considère comme nuisible aux intérêts de la science et de la profession dentaire, charge son bureau de faire le nécessaire pour qu'une copie de la présente résolution soit adressée à la F. D. I., et l'invite à protester auprès du Comité d'organisation du Congrès de Budapest contre l'exclusion des dentistes et à engager toutes les associations dentaires nationales de tous les pays intéressés à adopter une mesure semblable.

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Commission des études dentaires et de l'orientation professionnelle.

La Commission des réformes des études dentaires et de l'orientation professionnelle s'est réunie le 28 mai, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris.

Après s'être adjoint M. le professeur Cavalié, de Bordeaux, et avoir décidé d'entendre dans sa prochaine séance M. Izambard, qui a une communication à lui faire, elle a abordé la discussion générale.

Le président a résumé l'état de la question. Il a rappelé les visites et le rapport au Recteur de 1903 et de 1904, faits au nom de la Commission nommée par l'Ecole et qui ont été le point de départ du mouvement de réforme actuel, son audition par la Commission de médecine et de pharmacie, le rapport sur le stage, les pétitions au Ministre de l'Instruction publique en date des 6 novembre, 3 décembre 1906 et 7 février 1907, les projets de décrets, le rapport du professeur Lannelongue, qu'une assemblée plénière des trois bureaux du Groupement et de la F. D. N. a approuvé.

Il a ajouté que ces décrets étaient sur le point d'être signés lorsque la nomination de la grande Commission de réforme des études médicales a tout fait remettre en question, sur la demande des délégués de la Société de stomatologie, et la solution a été ainsi retardée de ce fait.

Après une discussion à laquelle ont pris part MM. L. Lemerle, Martinier, Blatter, Jeay, Touvet-Fanton, Touchard, Roy, Rigolet, G. Villain, la Commission a décidé d'étudier un projet d'orientation générale de la profession et de l'enseignement, tout en acceptant pour le moment un projet de réformes ayant des chances d'aboutir prochainement et constituant une première étape. Ces projets devront être soumis à une assemblée générale plénière du Groupement, ainsi que les voies et moyens pour les faire aboutir.

La Commission a abordé ensuite la discussion de la première question : *Études préliminaires*. Successivement chacun des commissaires présents a donné son avis.

Finalement la commission a adopté le texte suivant, qui clôt la discussion sur cette première question :

Les connaissances préliminaires qui devront être exigées des futurs dentistes, avant le commencement de leurs études professionnelles, seront les mêmes que celles dont doivent justifier les étudiants dans les Facultés[1].

---

1. Il convient de remarquer que le premier paragraphe de cette résolution est, à une variante près, celui qui a été adopté par la F. D. I. à Stockholm en 1902.

Transitoirement, la Commission adopte le *projet Lannelongue*, en ce qui concerne les études préliminaires.

La prochaine séance de la Commission a été fixée au mardi 18 juin, à 8 h. 1/2 du soir, à l'École dentaire de Paris, pour étudier les autres questions.

Rappelons que tous les membres de la profession qui auraient des communications à lui faire, ou qui désireraient être entendus par elle, sont invités à en informer le secrétaire, M. G. Villain, 45 rue de La Tour-d'Auvergne.

Nota. — La Commission est composée de MM. Blatter, G. Lemerle, Francis Jean, Fouques, G. Villain, Jeay, Touvet-Fanton, Godon, d'Argent, L. Lemerle, Bioux, Touchard, Loup, Barrié, Mahé, Martinier, Sauvez, Roy, Frey, Rigolet (Auxerre), Brodhurst (Montluçon), Pont (Lyon), Cavalié (Bordeaux).

CONCOURS

La Rotterdansche Tandheelkundige Vereeniging (Société odontologique de Rotterdam) vient de décider qu'un prix de 300 florins sera décerné à l'inventeur d'un gnato-dynamomètre pour la pratique dentaire.

L'instrument devra posséder une capacité suffisante pour indiquer une pression de 200 kilogrammes.

A la pression de 20 kilogrammes la déviation ne devra point dépasser 1 kilogramme ; à des pressions supérieures, elle ne devra point excéder 2 kilogrammes.

La construction de l'instrument devra être telle que son introduction dans la bouche n'offre aucune difficulté même si les points de contact ne présentent qu'un écartement de 1 centimètre.

Bien que l'instrument ne soit proprement destiné qu'à mesurer des pressions verticales, il sera désirable qu'il fonctionne aussi pour de légers déplacements latéraux.

Pour les dents de devant la pression sera seulement mesurable si les incisives supérieures et inférieures sont bout à bout.

L'instrument devra être d'une construction simple et solide. Il devra être facilement stérilisable pour ce qui concerne les parties destinées à être introduites dans la bouche.

Les plaques qui devront supporter la pression, devront être construites de façon à ne point endommager les dents.

L'instrument devra être réajustable après usage.

MM. les compétiteurs sont priés d'envoyer un modèle de l'instrument inventé par eux, avant le 1er octobre 1906, franc de port, à la Société odontologique, à Rotterdam, 115 Aart Van Nesstraat.

Ce modèle devra porter une devise et être accompagné d'une description de l'instrument, ainsi que d'un pli dûment cacheté reproduisant la devise du modèle et contenant le nom et l'adresse du compétiteur.

Le jury se compose de : MM. C. H. Witthaus, D. D. S., de Rotterdam, B. Frank, A. A. H. Hamer, D. D. S., I. J. E. de Vries, d'Amsterdam et d'un mécanicien.

Le résultat du concours sera publié dans les journaux et porté à la connaissance de tous les compétiteurs. Les modèles seront réexpédiés à leurs propriétaires. Le prix sera distribué en janvier 1909, à la réunion annuelle de ladite Société dentaire.

Les journaux techniques et dentaires sont priés de publier la présente communication.

Le secrétaire,
ISEBREE MOENS.

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Nous extrayons du rapport de M. Gross, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, présenté à l'occasion de la séance de rentrée de l'Université de cette ville le 8 novembre 1906 sur l'année scolaire 1905-1906, les renseignements et les vœux suivants :

« La Faculté a décerné seize diplômes de chirurgiens-dentistes...

» 6° Agrandissement du service de la clinique dentaire et du laboratoire de prothèse ; création d'un emploi de préparateur de prothèse ; 7° création d'un chargé de cours complémentaire pour les applications des sciences médicales à l'art dentaire (vœu renouvelé).

CONGRÈS DE REIMS

(1er *au* 6 *août* 1907.)

Le prochain numéro de *L'Odontologie* donnera la liste des adhésions ainsi que des communications qui nous sont parvenues pour le Congrès de Reims.

Nous constatons avec satisfaction que les unes et les autres sont aussi nombreuses qu'intéressantes, et que les odontologistes ont compris le besoin d'affirmer plus que jamais, aux yeux de tous, l'union et la solidarité que réclame leur profession.

Nous serions reconnaissants à ceux qui ne nous auraient pas encore adressé leur adhésion ou les titres des communications qu'ils nous ont promises, de nous les faire parvenir sans retard, afin de pouvoir les publier prochainement.

NÉCROLOGIE

R. LIÉBAUT

M. R. Liébaut, chirurgien-dentiste à Châtillon-sur-Seine, est décédé le 28 mai.

Ses confrères, dont il sut conquérir toutes les sympathies, l'avaient nommé vice-président honoraire de l'Association des dentistes de l'Est, puis président du Syndicat de ladite Association.

Les membres de cette Société, douloureusement affectés par la mort de leur ami, adressent leurs bien sincères condoléances à Mme Liébaut, à M. et Mme A. Roy et à toute sa famille.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que notre distingué confrère M. R. Heïdé, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur à l'occasion de la visite à Paris du roi et de la reine de Norvège.

Tous ceux qui connaissent M. Heïdé se réjouiront avec nous de cette distinction méritée, qui honore à la fois l'homme auquel elle s'adresse, l'Ecole dentaire de Paris, et la profession tout entière.

Nous adressons au nouveau légionnaire nos bien sincères félicitations.

La Rédaction.

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que M. le Dr Lecène, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et chirurgien des hôpitaux.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

L'Université de Londres à Paris.

La réception solennelle de l'Université de Londres à Paris a eu lieu à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre, sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique, le 21 mai, à 10 heures du matin.

Plusieurs autres réceptions officielles ont eu lieu également à cette occasion, notamment chez M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine.

L'Ecole dentaire de Paris était représentée à ces réceptions par son directeur.

27e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1907 Vol. XXXVII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

APPAREILS EXTENSEURS POUR L'ARCADE DENTAIRE INFÉRIEURE AVEC PLAN INCLINÉ BILATÉRAL

Par M. Francis Jean,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 7 mai 1907.)

Je vous prie de m'excuser si je n'ai pas eu le temps de faire un travail complet. Je n'ai même pas eu le loisir de faire préparer les modèles pour les rendre présentables. Je vous soumettrai seulement quelques cas, quelques modèles que j'ai difficilement retrouvés, après un déménagement récent.

J'ai à vous présenter, ce soir, un appareil amovible pour le traitement de certaines anomalies de disposition des arcades dentaires inférieure et supérieure, simultanément. L'appareil par lui-même n'a rien de nouveau : il commence même à prendre de l'âge. C'est l'appareil à coulisses parallèles que j'applique souvent pour l'extension de l'arcade supérieure et depuis longtemps pour le bas également.

Je dois vous dire avant tout dans quels cas j'en indique l'application : c'est surtout lorsqu'il s'agit d'anomalies de disposition par occlusion anormale des arcades dentaires. Par *anomalies de disposition* j'entends des dents chevauchant l'une sur l'autre, comme on le constate souvent dans la région inférieure. Vous connaissez les inconvénients de cette particularité, les troubles de l'esthétique de la face,

de la phonation, des fonctions masticatoires et surtout la prédisposition à la carie dentaire.

Je veux parler des anomalies de disposition relativement légères. (Il est certain que, lorsqu'il y a du prognathisme très accusé du haut ou du bas, il faut employer d'autres moyens.) Cependant s'il y a atrésie d'un maxillaire ou des deux maxillaires, nous nous trouvons souvent en présence de dents très serrées, serrées parfois au point de former des bouquets (voici par exemple un cas où les quatre incisives du bas forment un véritable bouquet ; dans le haut, il y a un peu d'atrésie, le bas est atrésié d'une façon un peu plus marquée). Dans ces cas-là, lorsque l'anomalie est symétrique, si je puis m'exprimer ainsi, quand toutes les dents sont pêle-mêle un peu partout mais presque aussi irrégulières à droite qu'à gauche, il faut une base pour les régulariser. On est ainsi en présence d'une situation qui ne permet pas de conclure à une extraction quelconque ; autrement, on créerait une déviation de la ligne médiane du côté correspondant à la suppression de la dent. Vous ne pouvez d'ailleurs pas penser à faire quatre extractions, parce que vous réduiriez notablement les maxillaires.

Le volume de la couronne d'une dent vous suffirait si vous obteniez cette place en desserrant les dents. Si vous jugez pouvoir réduire l'anomalie, utilisez notre appareil.

Je suis partisan des appareils amovibles, car je suis partisan surtout d'une intervention hâtive. Il est certain que plus on agit de bonne heure, plus on a de chances de réussite. Plus tard en effet les organes sont difficiles à déplacer. Les systèmes d'Angle, de Case et de Knapp, etc..., sont très intéressants, excessivement énergiques, mais ne peuvent être appliqués qu'à des dents dont l'éruption est complète. Si l'on fait usage des appareils à poste fixe, il faut qu'ils soient absolument scellés. Je n'admets pas les appareils à poste fixe non scellés, car le système des bagues peut avoir des inconvénients : il se trouve des liquides buccaux et des déchets alimentaires qui, séjournant sous ces appareils, peuvent donner naissance à des caries. J'ai eu l'occasion trois

fois d'en constater les inconvénients. Il s'agissait d'appareils de maintien pour retenir en position rectifiée deux incisives latérales supérieures qui émergeaient.

J'avais, comme appareil de contention, confectionné une bague réunissant les deux incisives centrales, et la face externe de cette bague avait un petit prolongement pour tenir en respect les incisives latérales que j'avais rentrées. En moins de deux mois ces dernières, au point de contact du prolongement en métal, se sont, non pas cariées précisément, mais leur émail avait acquis une apparence crayeuse. A trois reprises différentes, j'ai fait la même observation.

Pour en revenir à mes préférences, c'est l'appareil amovible que j'emploie. On trouvera, j'espère, des appareils moins encombrants, mais amovibles. Le seul inconvénient de ces appareils, c'est que nous sommes avec eux à la merci de la docilité de nos patients. Quand on a des patients peu raisonnables, pour l'application des systèmes de bagues et de coiffes, cela n'est pas très commode, non plus.

Je vais vous présenter deux cas seulement. C'est un peu une exhumation que j'ai faite, et quoique je n'aie pas eu le temps de préparer un travail aussi intéressant que cette question le mérite, vous verrez ce que nous pouvons obtenir d'un petit perfectionnement de l'appareil que j'ai imaginé.

L'appareil que nous employons est notre écarteur à coulisses parallèles, appliqué au maxillaire inférieur. L'appareil, en caoutchouc avec mécanisme métallique, doit comporter une charpente intérieure également métallique en sorte de squelette, pour avoir la résistance qui lui est absolument nécessaire vu la force considérable qu'on devra lui demander et la fatigue énorme qu'il aura à subir. A cet appareil sera aménagé un talus prolongé en caoutchouc au niveau de la face linguale des molaires inférieures et faisant en quelque sorte étrier sur une légère partie des faces triturantes des petites et grosses molaires, suffisamment pour que l'appareil soit suspendu sur le bord lingual des dents qui le supporteront. Ces talus ou plans inclinés, dont le sommet doit être dirigé vers la voûte palatine, seront mis

au point pour assurer le contact de la face palatine des molaires supérieures, suffisamment pour empêcher les rapports des faces triturantes et laisser un espace d'environ trois millimètres entre les deux arcades. Il s'ensuivra une pression par glissement tendant à élargir l'arcade supérieure. Au fur et à mesure que vous écarterez les deux branches de l'appareil, les molaires supérieures viendront buter davantage sur le talus et suivront le mouvement de l'appareil.

Voilà la première observation. Il n'y a ici rien de nouveau et je n'ai nullement la prétention de vous annoncer une nouveauté en vous parlant de l'extension du maxillaire inférieur. Cette question de plans inclinés m'a paru si simple que je n'ai pas songé à vous en parler plus tôt. J'en ai seulement fait part à quelques amis que je vois souvent.

MM. d'Argent, Douzillé, Cecconi, Godon, etc., ont présenté des appareils extenseurs du maxillaire inférieur, qui ont leur valeur. L'original dans mon système, c'est l'adjonction du plan incliné.

Pour en revenir aux faits, je vous dirai que la première observation (Pl. n° 1) se réfère à une jeune fille de 13 ans, anémique, qui présente un peu de prognathisme héréditaire de l'arcade supérieure avec atrésie du maxillaire inférieur. Ce prognathisme est dû à l'insuffisance du diamètre transversal des maxillaires.

J'ai commencé en mars 1902 le traitement que j'ai fini en décembre ; avec ce seul appareil j'ai obtenu la réduction. L'appareil de maintien, constitué par une gouttière métallique, a fait le reste, après avoir rétroversé les dents antérieures supérieures par le moyen du bandeau métallique réglable.

M. Godon me faisait voir tout à l'heure un cas qui a beaucoup d'analogie avec celui-ci.

J'ai à vous parler maintenant d'une seconde observation (Pl. n° 2) qui date de 1901.

C'est une fillette de 11 ans, adénoïdienne opérée, qui, comme vous avez pu vous en rendre compte par ce modèle,

PLANCHE I.

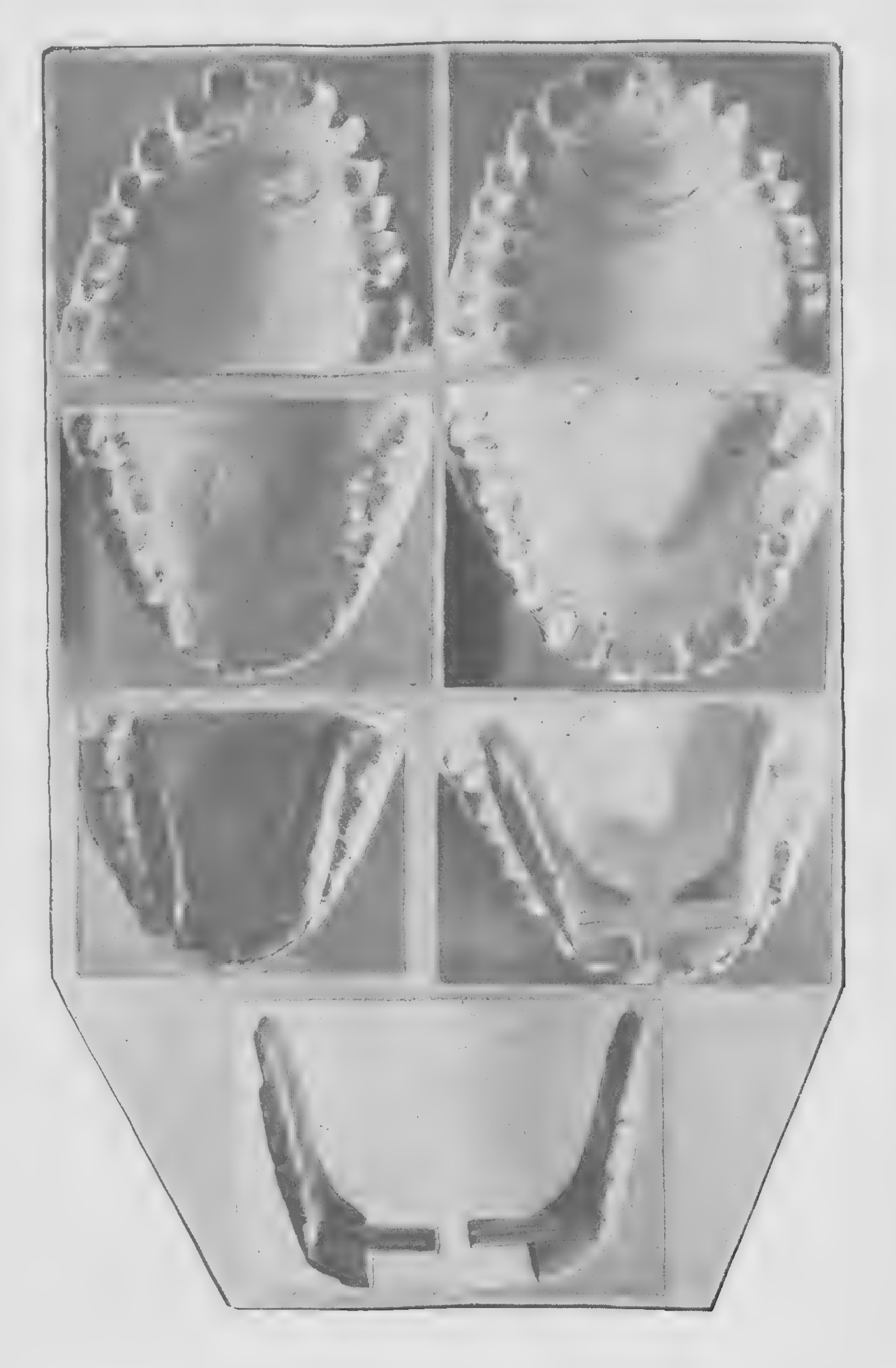
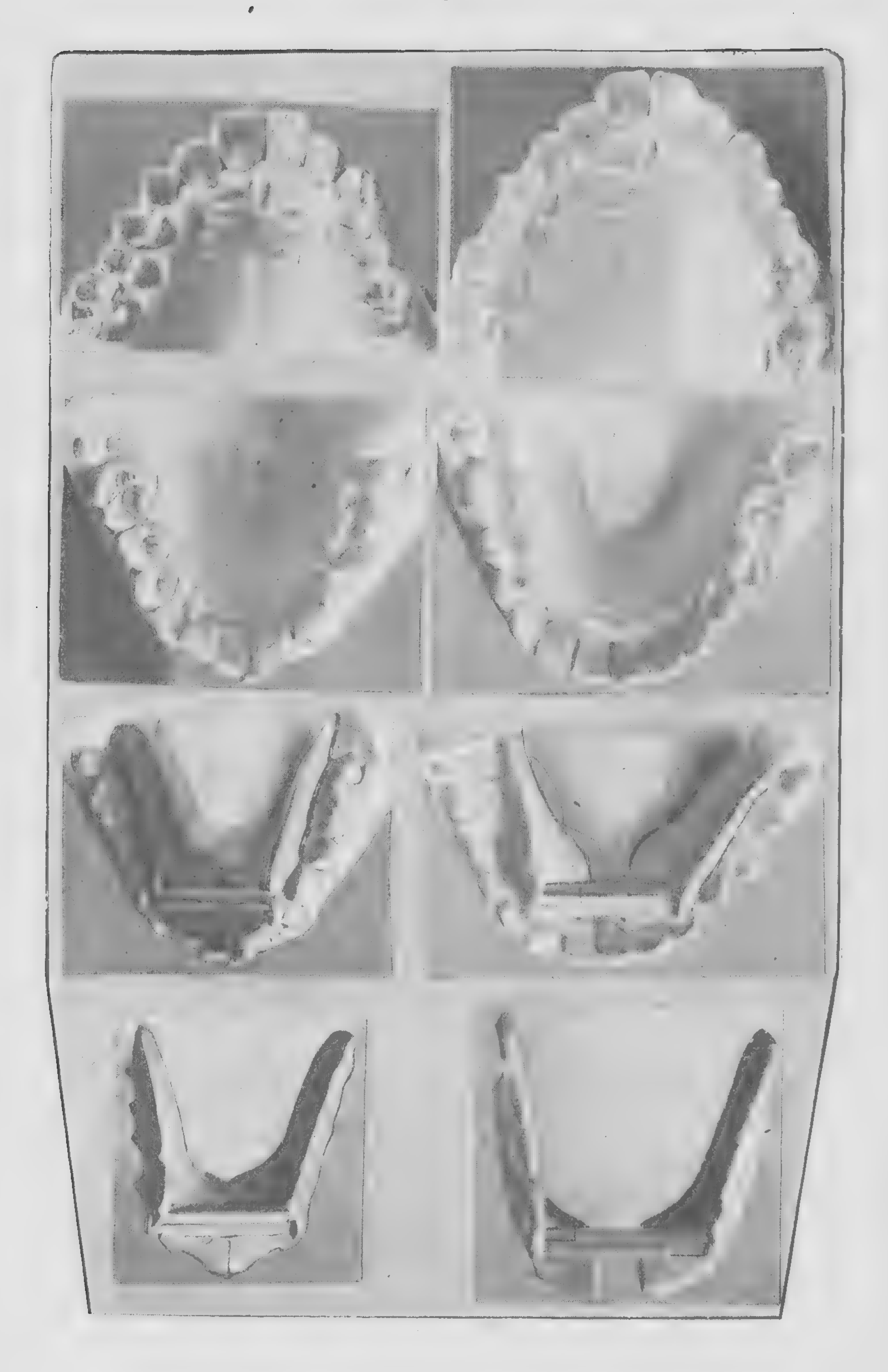


PLANCHE II.



présentait un prognathisme du maxillaire supérieur et de l'atrésie du maxillaire inférieur. Les dents inférieures, les incisives du bas sont pêle-mêle ; les incisives latérales sont en rétroversion très marquée.

Entre 1901 et mars 1903 j'ai fait trois appareils d'extension.

Il me fallait suivre l'évolution d'une lenteur anormale de la dentition de ma patiente, car elle avait encore des dents de lait qu'elle devait perdre et il me fallait de toute nécessité attendre l'apparition des autres.

Je suis arrivé à faire une bouche à peu près correcte sans presque m'occuper du haut, m'attachant seulement à rectifier le bas.

Vous avez vu que le résultat définitif était satisfaisant. Je l'ai obtenu en 1 an et demi de traitement.

Cette seconde observation m'a permis de faire cette réflexion qu'on peut redresser des arcades dentaires en ne s'occupant que d'une seule d'entre elles.

Ainsi, dans ce cas-là, je me suis occupé de rectifier le bas complètement, et j'ai eu une rectification complète, qui m'a paru suffisante. J'ai fait un appareil de maintien que vous pouvez voir : celui-ci. Ce sont deux plaques d'argent estampées entre lesquelles j'ai enfermé un fil d'acier pour obtenir une rigidité considérable. Je me suis borné à recouvrir la face interne et les bords tranchants des incisives et j'ai pensé que l'articulation se ferait normalement et de soi-même, puisque l'appareil de contention représentait exactement les surfaces articulaires de l'arcade dentaire. C'est ce qui est arrivé, aujourd'hui tout est remis et maintenu en ordre et s'est tout à fait amélioré. Je voulais que mon appareil de contention permît à l'arcade dentaire supérieure de se ranger, de se coordonner. J'y suis arrivé.

Ce moyen de faire des appareils de rétention est assez intéressant : 2 plaques d'argent, un fil d'acier. La soudure ne semble pas avoir détrempé suffisamment l'acier pour lui retirer de sa rigidité.

Je suis confus de vous présenter un travail d'aussi peu d'importance. Je vous avouerai que je me préoccupe en ce moment du perfectionnement de mon petit appareil, auquel je reconnais des défauts : il manque peut-être de rigidité, de solidité.

Pour faire l'extension et entreprendre un travail aussi considérable que l'élargissement des deux maxillaires à la fois, il me semble un peu faible. J'étudie un moyen de lui donner une solidité absolument parfaite. Je voulais, ce soir, prendre date pour vous communiquer ce que je mets en pratique depuis plusieurs années et vous dire que j'en suis satisfait par suite des résultats obtenus.

M. Martinier m'a demandé les derniers modèles, les moulages définitifs de cette bouche. Je lui fais remarquer que ce soir je voulais simplement indiquer ce qu'on pouvait obtenir avec ce genre d'appareils, et vous en montrer l'énergie et la puissance. Je prends cependant l'engagement de vous présenter le moulage de la bouche telle qu'elle est aujourd'hui. Pour ce cas, j'ai terminé mon travail en décembre, je vais revoir ma patiente prochainement : c'est une jeune fille très soigneuse de sa bouche. Quand je vous présenterai son dernier moulage, vous verrez que l'occlusion est tout à fait irréprochable, le résultat éloigné est tout à fait éloquent.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE D'UN CAS D'INFECTION DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

Par M. P. Ledoux, docteur ès sciences,
Chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie, le 4 juin 1907.)

Le 28 novembre 1906, M. Roy m'a prié de vouloir bien faire un prélèvement dans la bouche d'une malade de son service à l'École dentaire de Paris.

La patiente, Mme C..., âgée de 48 ans, est venue à la clinique de l'École pour y faire soigner une suppuration de la glande sous-maxillaire.

Mme C... n'avait, à cette date, aucun autre antécédent physiologique qu'un kyste au sein dont elle avait été opérée trois ans auparavant, sans récidive. Beaucoup de dents étaient tombées du côté gauche de ses deux maxillaires.

Il y a trois mois, la malade a, pendant une dizaine de jours, éprouvé dans tout le maxillaire inférieur, des douleurs sourdes. Ces douleurs ont cessé et une suppuration d'abord faible, puis de plus en plus accentuée, a commencé à se manifester à l'orifice du canal de Wharton. L'haleine était, au moment de mon examen, dépourvue de toute fétidité. D'autre part, l'abondance du liquide excrété était telle qu'une légère pression exercée avec le doigt, au-dessous du maxillaire inférieur, dans la région des glandes sous-maxillaires, déterminait de chaque côté du frein de la langue, la sortie d'un liquide épais et glaireux.

Le 5 décembre 1906, après un lavage complet de la bouche et un séchage méthodique à l'aide d'un tampon d'ouate stérilisée de la région avoisinant l'orifice du canal excréteur, j'ai procédé, à l'aide de l'aiguille de platine stérilisée, à un prélèvement du liquide excrété par la glande sous-maxillaire exclusivement.

L'examen extemporané de ce liquide m'a montré qu'il était fortement septique. Les éléments microbiens étaient surtout des cocci, les uns associés par trois ou cinq, les autres

isolés. Ils étaient associés à des bacilles de taille beaucoup plus grande mais moins nombreux. Tous ces éléments étaient mobiles.

Ce même jour, 5 décembre, j'ai ensemencé six tubes de bouillon peptonisé avec le produit septique ainsi obtenu.

Le 6 décembre 1906, le bouillon était uniformément troublé quoiqu'assez légèrement dans tous les tubes.

Le 7 décembre j'ai commencé à procéder à l'isolement des germes contenus dans le bouillon ensemencé.

Suivant la méthode classique, j'ai ensemencé, sans recharger l'öse, 6 tubes de bouillon gélosé. J'ai pu ainsi, après une série d'opérations qu'il est inutile de rappeler ici, isoler deux espèces microbiennes. J'examinerai successivement les deux formes ainsi isolées :

(A). Microbes de la 1re forme.

Pour déterminer les deux espèces isolées, j'ai fait à l'étude de Roux les cultures suivantes :

1° Sur bouillon peptonisé ;
2° Sur bouillon gélosé, par ensemencements en stries ;
3° Sur bouillon gélatiné, par ensemencements en piqûres ;
4° Sur pomme de terre, par ensemencements en stries ;
5° Sur lait stérilisé.

1° *Examen des tubes de bouillon peptonisé.*

5 janvier 1907. Les six tubes de bouillon peptonisé, sauf un, étaient tous très légèrement troublés et portaient, le long des parois, un léger dépôt blanchâtre. Ce dépôt, par saccades imprimées aux tubes, se rassemblait lentement au fond des tubes.

8 janvier. Trois tubes sur cinq, toujours légèrement troublés, présentaient une réaction faiblement acide. Les deux autres accusaient un trouble un peu moins net que les trois premiers.

9 janvier. Pas de changement.

14 janvier. Pas de changement.

Conclusion. — Ces caractères réunis permettent d'ad-

mettre la présence dans les cultures du *Streptococcus pyogenes.*

2° *Examen des tubes de bouillon gélosé.*

5 janvier 1907. Tout le long de la strie d'ensemencement il s'est développé, *dans tous les tubes,* une bande mince de couleur blanchâtre beaucoup plus large à la base du tube qu'au voisinage de l'orifice. Cette bande présentait, à droite et à gauche, des ramifications en forme de festons ayant une disposition analogue à celle des feuilles de certaines fougères telles que le *Polypodium vulgare* (*L*) ou l'*Achrostichum Thelipteris* (*L*) par exemple.

6 janvier. Pas de changement.

8 janvier. Pas de changement.

12 janvier. Les bords des festons devenaient plus vagues, par suite de la confluence de quelques ramifications. La forme en feuilles de fougère devenait ainsi moins nette que précédemment.

Conclusion. — Ces caractères réunis permettent d'admettre la présence dans les cultures du *Streptococcus pyogenes.*

Remarquons néanmoins que certains auteurs tels que Widal ou Lefert admettent la possibilité des cultures de *Streptococcus pyogenes* en forme de feuilles de fougère, tandis que d'autres comme Conil et Babès, donnent comme caractéristique la forme des cultures non confluentes avec l'aspect de grains de semoule.

3° *Examen des tubes de bouillon gélatiné.*

6 janvier 1907. Sur six tubes repiqués, deux seulement présentaient au niveau de la piqûre, ou un peu plus profondément, quelques petits points blancs. Les autres tubes restaient indemnes. *Nulle part,* d'ailleurs, je n'ai constaté *la liquéfaction de la gélatine.*

8 janvier. Aucun changement.

14 janvier. Les points blancs des deux tubes cités plus

haut paraissaient se résorber ou diminuer de taille. Tous les autres restaient indemnes.

Conclusion. — Ces caractères inconstants en ce qui concerne la possibilité de la culture du *Streptococcus pyogenes* sur gélatine et constants en ce qui concerne la non-liquéfaction de la gélatine pour le même microbe permettent d'admettre la présence dans les cultures du *Streptococcus pyogenes*.

4° *Examen des tubes de pomme de terre.*

6 janvier 1907. Aucune trace de culture. La pomme de terre dans tous les tubes ne présentait aucune modification dans son aspect.

8 janvier. Aucun changement.

14 janvier. Aucun changement.

Conclusion. — Ces caractères négatifs permettent d'admettre dans les cultures la présence du *Streptococcus pyogenes*.

5° *Examen des tubes de lait.*

6 janvier 1907. Sur six tubes ensemencés deux étaient nettement coagulés.

7 janvier. Sur six tubes ensemencés quatre tubes étaient coagulés.

8 janvier. Cinq tubes étaient coagulés.

10 janvier. Pas de changement.

14 janvier. Pas de changement.

Conclusion. — Ces caractères réunis permettent d'admettre dans les cultures la présence du *Streptococcus pyogenes*.

6° *Examen morphologique des cultures.*

L'examen microscopique des éléments de la première forme m'a montré que, dans les diverses cultures, ceux-ci étaient des cocci de taille plus ou moins constante de 0,5 μ à 1,5 μ de longueur. Ils étaient, soit isolés, soit associés en chaînettes de deux à cinq articles ou parfois davantage. Ils étaient doués d'une très grande mobilité. Les chaînettes

elles-mêmes paraissaient animées aux extrémités d'un léger mouvement vibratoire.

Ce microbe de la première forme, traité par la méthode de Gram ou par celle de Claudius ne se décolorait pas.

CONCLUSION GÉNÉRALE. — Sauf en ce qui concerne la mobilité contestée par certains auteurs, ces caractères divers, considérés dans leur ensemble, sont bien ceux du *Streptococcus pyogenes.*

(B). MICROBES DE LA 2e FORME.

Désireux de ne pas abuser de l'hospitalité qui m'est si gracieusement offerte par la Société d'Odontologie, hospitalité dont je lui suis extrêmement reconnaissant, je résumerai, très brièvement l'histoire du microbe de la 2e forme isolé dans mes recherches. Aussi bien, les observations ont, dans les deux cas, été dirigées suivant la même méthode.

1° *Culture sur bouillon peptonisé.* — Trouble assez net au bout de vingt-quatre heures dans quatre des tubes ensemencés sur six. Ce trouble persiste mais s'accentue peu dans les observations suivantes. Ni acidité ni odeur.

2° *Culture sur bouillon gélosé.* — Trace blanchâtre peu caractéristique, qui s'étend surtout en surface dans cinq des tubes considérés.

3° *Culture sur bouillon gélatiné.*—Enduit sec très grêle légèrement ondulé sur les bords. Pas trace de liquéfaction.

En piqûre la culture également très grêle et nettement superficielle indique la présence d'un microbe aérobie.

4° *Culture sur pomme de terre.* — Pas de culture apparente dans aucun des tubes ensemencés.

5° *Culture sur lait stérile.* — Coagulation très lente et complète seulement dans trois des tubes ensemencés au bout du 5e jour. Les trois autres tubes restent indemnes.

6° *Examen morphologique.* — Bacilles très allongés de 2,5 μ à 3 μ de longueur sur 0,5 μ de largeur. Ces dimensions sont assez variables surtout en ce qui concerne la lon-

gueur du grand axe. Parfois même, un certain nombre des articles paraissent plutôt se rapprocher, par leur forme, du type *coccobacille* que du type bacille proprement dit.

Ce bacille est doué d'une grande mobilité et son mode de déplacement est intéressant à noter. Alors que la plupart des bacilles se déplacent d'arrière en avant en prenant la même direction que celle de leur grand axe, celui-ci se déplace très souvent, sans mouvemeut de culbute, dans la direction du petit axe, c'est-à-dire en restant debout, si je puis m'exprimer ainsi.

Conclusions concernant le microbe de la 2e forme. — L'examen des caractères bactériologiques et morphologiques de ce microbe considérés dans leur ensemble me permettent d'admettre que nous sommes en présence d'un autre saprophyte banal de la bouche, le bacille β de Miller.

(C). Conclusions générales.

Le *Streptococcus pyogenes* est un saprophyte banal extrêmement fréquent dans l'organisme. Il existe dans l'intestin du nouveau-né quelques heures après la naissance. Chez l'homme sain, on le trouve à la surface de la peau, dans le tube digestif, dans tous les orifices et surtout dans la bouche.

Kurth en a même constaté la présence dans le sol desséché où il peut résister pendant quelques semaines.

Il est parfois inoffensif, mais il devient pathogène et sa virulence peut s'exalter soit en passant dans un organisme malade, soit par association avec d'autres microbes pathogènes ou non pathogènes.

Ainsi il intervient directement dans l'érysipèle comme l'a montré Bouchard (1876), dans la fièvre puerpérale, suivant Pasteur (1879), dans les diverses lymphangites et, d'une façon générale, dans toutes les suppurations.

Le nombre des affections dans lesquelles on a trouvé le *Streptococcus pyogenes* est très considérable parce que ce microbe tend à s'associer fréquemment avec d'autres germes spécifiques de diverses maladies.

Martin, Eberth et Lœffler, par exemple, l'ont trouvé dans la diphtérie ; de Cerenville, dans l'entérite ; Beck, dans la diarrhée des enfants ; Seveste, Chantemesse et Würtz dans diverses angines. Netter a montré qu'il est l'un des agents les plus actifs de la broncho-pneumonie polymicrobienne.

Le *Streptococcus pyogenes* intervient encore dans divers phlegmons, la polyartrite alvéolo-dentaire (Galippe, David, Rédier et Guillot), dans la gingivo-stomatite, Chompret (Thèse, Paris 1885).

Dans cette dernière affection, il est associé avec le *Staphylococcus pyogenes,* avec les Bacilles γ et β de Miller, et avec le *Micrococcus gingivo pyogenes* (Netter, Vidal et Bezançon). Suivant David, Galippe, Vignal et Miller), le *Streptococcus pyogenes* joue, avec le *B. termo* un grand rôle dans la carie dentaire au 3° et au 4° degré.

On peut ainsi se faire une idée des troubles graves que, par son association avec d'autres germes pathogènes ou non et le *Streptococcus pyogenes* peut apporter dans l'organisme.

La grande variété des effets produits par ce saprophyte banal avait conduit certains auteurs à esquisser une classification des streptococci. Deux savants, MM. Vidal et Bezançon qui se sont spécialement occupés du *Streptococcus pyogenes*, ont, afin de fixer la classification des divers streptococcus, rassemblé 122 échantillons provenant de 89 personnes différentes. Il est effectué leurs prélèvements dans :

20 bouches normales.

49 bouches pathologiques.

1 duodenum normal.

10 infections puerpérales.

5 érysipèles.

1 abcès typhique.

1 purpura.

1 mammite contagieuse.

Ces deux savants auteurs sont arrivés à cette conclusion intéressante, que, malgré la grande diversité des maladies streptococciennes, malgré l'extraordinaire variété de formes

que peut présenter le *Streptococcus pyogenes*, il est illusoire, dans l'état actuel de nos connaissances, de vouloir classer les streptocoques. Leurs caractères morphologiques et bactériologiques sont, en effet, tout à fait instables : ils peuvent varier suivant la nature du terrain, suivant la température ou bien suivant les conditions de nutrition dans lesquelles ils se trouvent placés, ou encore suivant les tissus dans lesquels ils se développent. Ainsi, un même streptocoque produit ou non la coagulation du lait sans qu'on ait pu, jusqu'ici, en discerner la raison. De même pour les cultures en bouillon peptonisé.

Ces diverses considérations nous montrent pour quelle raison j'ai dénommé simplement *Streptococcus pyogenes* le microbe de la 1re forme que j'ai isolé, au lieu de le mettre à sa place dans les diverses classifications — parfois contradictoires — encore admises par beaucoup d'auteurs.

Les deux formes trouvées : *Streptococcus pyogenes* et β *de Miller* sont toutes deux des saprophytes vulgaires. Dans le liquide septique excrété par la glande sous-maxillaire, je les ai, dès le début, trouvés tous les deux associés si étroitement que j'ai dû reprendre plusieurs fois mes expériences à l'effet d'isoler ces deux éléments l'un de l'autre.

Le travail que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à mes honorables confrères est un nouvel exemple de cette symbiose si fréquente entre le *Streptococcus pyogenes* avec un autre organisme microbien.

Très souvent cette symbiose du *Streptococcus pyogenes* s'effectue avec un élément nettement pathogène comme le Bacille d'Eberth ou le *Diplococcus* de Talamon-Fraenkel. Dans ce dernier cas, par exemple, qui peut nous intéresser aujourd'hui, Duplay et Cazin, Claisse et Dupré l'ont trouvé dans des parotidites suppurées. Netter et Martha dans des otites moyennes.

Dans le cas que je soumets aujourd'hui à la Société d'Odontologie, la symbiose s'est faite entre deux éléments qui peuvent séparément être considérés comme n'étant pas pathogènes. Les résultats n'en sont pas moins intéressants.

Ce n'est pas d'ailleurs, dans cet ordre d'idées, le premier exemple qu'on puisse citer.

Monti a pu remonter la virulence d'un streptocoque en l'inoculant en même temps que des substances solubles d'un *Bacillus Proteus vulgaris.* Roger et Achalme ont obtenu le même résultat en inoculant à la fois du *Streptococcus pyogenes* et du *Micrococcus prodigiosus,* bactérie non pathogène que nos élèves étudient ici même couramment dans mon laboratoire.

Widal et Bezançon sont parvenus à rendre nettement pathogène un *Streptococcus pyogenes* pris dans une bouche normale en l'inoculant au lapin avec le *B. coli commune.*

D'ailleurs l'affection causée chez la patiente par cette symbiose du *Streptococcus pyogenes* et du *B. β de Miller* n'a pas revêtu un caractère absolu de gravité.

Malgré des recherches bibliographiques assez étendues dans diverses bibliothèques universitaires, je n'ai trouvé aucun mémoire relatant une telle infection de la glande sous-maxillaire. C'est sans doute un fait assez rare que je me permets de recommander à votre bienveillante attention, et qui, je le crois, méritait d'être étudié aujourd'hui devant vous.

En guise de conclusion, je prends moi-même, après tant d'auteurs autorisés, *bien que ce ne soit sûrement pas nécessaire,* la liberté de faire remarquer aux honorables membres de la Société d'Odontologie, comme je le fais à mes élèves dans cette Maison des dentistes, le danger que comporte pour le praticien lui-même — et indirectement pour ses autres malades — le contact d'un patient infecté par le *Streptococcus pyogenes.*

C'est par l'antisepsie méthodique que l'on est parvenu à proscrire presqu'entièrement des hôpitaux certaines maladies infectieuses telles que la septicémie de la fièvre puerpérale, par exemple. Il nous sera sans doute plus difficile — même avec une rigoureuse antisepsie — de nous débarrasser complètement du *Streptococcus pyogenes* puisqu'à notre insu nous le portons tous dans notre bouche. Ainsi que l'a

fait remarquer spirituellement le professeur Reclus : « J'ai » peur, disait-il, qu'il n'en soit de l'érysipèle, maladie » typique causée par le streptocoque, comme des pauvres » de l'Évangile : nous en aurons toujours assez ! »

ESSAI DE BIBLIOGRAPHIE

Achalme, L'érysipèle, ses formes, ses complications (*Thèse Paris,* 1903).

Arloing, C. R. Ac. des Sc., 1884.

Babès, Arch. für pathol. Anat., 5 avril 1892.

Behring, Untersuch. gh. leheff. den Streptoc. longus (*Central blatt für Bakt.,* 1892, t. XII).

Besredka et *Dopter,* Contribution à l'étude du rôle des streptocoques au cours de la scarlatine (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* 1894).

Besredka, Les hémolysines bactériennes (*Bull. de l'Inst. Pasteur,* 1903).

Besredka, Existe-t-il plusieurs streptocoques ? (*Bull. de l'Inst. Pasteur,* 1904).

Besson, Technique bactériologique.

Bouchard, Cours de pathologie, 1880.

Bourges et *Doleris,* Soc. de biologie, 1893.

Bourges, Myélite diffuse aiguë expérimentale produite par l'érysipelocoque (*Arch. de méd. exp.,* 1893).

Chantemesse, Leçons sur l'infection puerpérale, 1889.

Chauffard, Les étapes médicales de l'infection (*Sem. méd.,* 4 juillet 1894).

Chauveau, Lyon méd., 1882, p. 272.

P. Claisse, L'infection bronchique (*Thèse Paris,* 1893).

W. Coley, Du traitement des tumeurs malignes par les injections de toxines d'érysipèle (*Cong. de Washington, Sem. méd.,* 1894, p. 272).

Conil, Journal des Connaissances médicales, 24 mai 1885.

Conil et *Babès,* Traité de bactériologie.

David, Gazette des hôpitaux, 1885.

— Gazette hebdomadaire, 1889.

Kurth, Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitamt, 1891.

Galippe et *Vignal,* Connaissances médicales, 21 mars 1889.

Guillot, Thèse Lille, 1895.

Lefert, Précis de bactériologie.

Lemierre, L'ensemencement du sang pendant la vie (*Thèse Paris,* 1904).

Von Lingelsheim, Exper. Untersuch. üb. morphol. Cult. und path. Eigensch. versch. Streptok. (*Zeitschr. f. Hyg.,* t. X, 1891).

Marot, Un streptocoque à culture apparente sur peu de terre (*Arch. de méd. expér.,* 1893).

Marmorek, Le streptoc. et le sérum streptococcique (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* 1895).

Marmorek, La toxine streptococcique. L'unité des strept. path. pour l'homme (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* 1902).

Miller, Die Mikroorganismen der Mundhöhle.

— Gährungsrorgänge in menschl. Munde. (*Deutsch. medic. Wochenschr.,* 1884, n° 36).

Pasquale, Vergl. Unters. über Streptok. (*Beitr. zur path. und anat. und zur Allgem. Pathol. von Ziegler,* Bd XII, p. 433).

Rappin, Les bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde (*Paris Thèse,* 1881).

Roger, Atrophie musculaire progressive expérimentale (*C. R. Ac. des Sc.,* 26 octobre 1891).

Van de Velt, Contribution à l'immunisation du lapin contre le streptocoque et le staphylocoque (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* 1896, p. 593).

Van de Velt, De la nécessité d'un sérum antistreptococcique polyvalent pour combattre la streptococcie chez le lapin (*Arch. de méd. exp.,* 1894).

Veillon, Étiologie et pathogénie des angines aiguës non diphtériques (*Paris Thèse,* 1894).

Vignal, Arch. de méd. exp., nov. 1887.

— Recherches sur l'action des microorganismes de la bouche.

F. Widal, Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle (*Paris Thèse,* 1889).

F. Widal, Streptococcie (*in Nouveau traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert*).

F. Widal et *F. Bezançon,* Bull. Soc. méd. des hôp., 1893.

REVUE DE L'ÉTRANGER

CONSEILS PRATIQUES

Par H. E. Davis.

Je publie sous ce titre une série de conseils et de moyens dont la pratique m'a montré l'utilité.

— En ayant toujours sous la main un alliage Dorrance (1 partie d'argent pur, 2 parties de zinc pur, 3 parties de cuivre pur), ainsi que du cuivre pur, on peut préparer sa soudure soi-même à meilleur compte qu'en la prenant chez un fournisseur. L'argent nécessaire pour une soudure se trouve toujours dans la poche sous forme de pièces de 0 fr. 50 ; quant à l'or, se servir de la pièce de 5 fr. en or.

Pour faire l'alliage susmentionné fondre l'argent et le cuivre ensemble, puis introduire le zinc en petite quantité à la fois, et dans l'intervalle ajouter du borax.

Formule de soudure à 18 k.		*Fromule de soudure à 14 k.*	
Or................	30 gr.	Or................	30 gr.
Alliage Dorrance....	41 gr.	Alliage Dorrance....	10 gr.
Argent pur.........	3 gr.	Argent pur.........	3 gr.
Cuivre pur.........	3 gr.	Cuivre pur.........	3 gr.

— Je fais tous mes travaux de cire sur une plaque de verre de 25 centimètres sur 42 centimètres ; pour la nettoyer, la chauffer ou la racler.

— Mettre un peu de bicarbonate de soude dans le vulcanisateur avant de s'en servir pour conserver le moufle propre. Celui-ci se nettoie aisément et rapidement avec du papier de verre après avoir servi.

— Pour conserver les mains propres se servir d'une pince.

— Quand on ouvre une dent à pulpe putréfiée, répandant une mauvaise odeur, appliquer dans la cavité une boulette de coton plongée préalablement dans le térébène (liquide antiseptique) et la mauvaise odeur disparaîtra aussitôt.

— Le lysol est un bon désinfectant peu coûteux pour les instruments. Une solution à 2 0/0 équivaut à une solution à 5 0/0 de cristaux d'acide phénique. Le lysol convient à la désinfection générale aussi bien qu'à l'usage médicinal. Pour les blessures employer une solution de 1 ou 2 0/0 et pour les lavages internes une solution à 1/2 0/0.

— En prothèse, quand le patient a un palais tendre et est sujet aux

nausées, pour prendre l'empreinte lui badigeonner le palais avec une solution à 20 o/o de bromure de potassium avec un pinceau en poils de chameau.

— Quand je me livre à un examen, je laisse toujours à mes patients le miroir à main, pour qu'ils se rendent compte de leur état. A l'aide de mon miroir à bouche, je le leur fais voir et ils s'en montrent souvent surpris.

— J'emploie le système des cartes classées par ordre alphabétique et divisées en 3 catégories : 1re, travail inachevé et arrhes versés; 2e, travail achevé et impayé ; 3e, travail achevé et payé.

(Dental Review.)

GUÉRISON D'UNE FRACTURE COMMINUTIVE DE LA RACINE D'UNE INCISIVE CENTRALE

Par G. W. Watson.

Le patient, pharmacien de 24 ans, reçut sur la bouche, au jeu de cricket, il y a 8 ans, un coup de balle qui ébranla son incisive centrale supérieure droite. La dent resta branlante et douloureuse pendant un mois après l'accident et se déplaça légèrement en dedans. Pendant ce temps le patient s'abstint de s'en servir et à la longue elle se raffermit et put servir de nouveau.

Il y a un an ou deux elle se caria sur sa face distale et légèrement sur sa face mésiale, la pulpe fut exposée, il y eut nécrose, mais pas d'abcès.

Le patient se fit poser des dents artificielles, et la centrale étant la seule dent restante fut enlevée. Cette dent présente après l'extraction, à 6 millimètres de l'apex de la racine face labiale, une rainure profonde, un peu irrégulière, en forme de croissant, se continuant jusqu'à la moitié et tout autour des faces médiane et distale. Une série de fractures comminutives, s'étendant dans toutes les directions de la racine, rayonnent de ces deux points et s'étendent autour de la surface linguale de la dent.

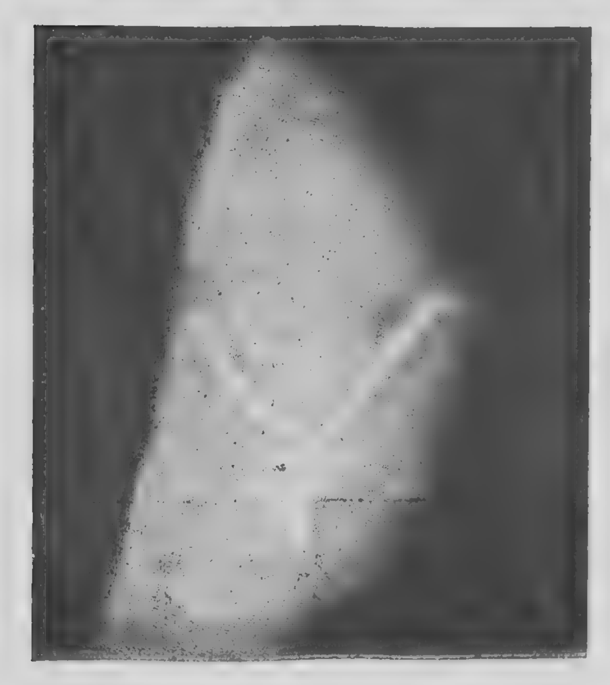
La rainure labiale en forme de croissant a sans doute été causée par la portion fracturée correspondant à cette rainure, disparue par résorption, ainsi que le témoignent de nombreuses lacunes de Howship. La réparation s'est faite du côté pulpaire, les fractures externes à la racine n'étant pas remplies du tout. Si un tire-nerf fin est passé dans le canal pulpaire, on peut sentir à ce point une légère protubérance montrant qu'il y a eu un dépôt de tissu néoformé. S'il s'était agi

d'une fracture transverse, celle-ci n'aurait pas guéri, et comme elle est verticale, les parties seraient restées immobiles et auraient permis une réparation plus rapide. Cela montre qu'il faut conserver les dents fracturées et leur donner la possibilité de se réparer, avant de songer à l'extraction.

(*Dental Record*, mai 1906, p. 216.)

Surface antérieure. Surface postérieure. Surface distale.





Rainure à la surface de la racine

REVUE ANALYTIQUE

L'air comprimé. — L'acoïne, nouvel anesthésique. — Le régime alimentaire comme cause de l'érosion.

L'air comprimé.

Les applications de l'air comprimé dans le cabinet d'opération sont très nombreuses. Quand la digue ne peut être employée, l'air comprimé est précieux. On recourt à un courant d'air aussi chaud que le patient peut le supporter et, en quelques minutes, la dent et la région voisine sont absolument sèches et anesthésiées par déshydratation.

Il sert encore pour chasser les débris quand on excave les cavités.

Ne jamais l'employer à une température à laquelle il ne pourrait pas être commodément supporté sur le dos de la main. Au début le jet doit être lent et ne doit pas être projeté immédiatement sur le point où l'on doit opérer, mais un peu à côté, en s'en rapprochant graduellement, jusqu'à ce que les tissus soient habitués à son action.

On peut l'appliquer comme traitement prophylactique pour nettoyer les dents et traiter les alvéoles dans la pyorrhée. Pour le nettoyage, avec une pression légère dirigée autour du collet on voit mieux le siège des dépôts calcaires. Après le nettoyage, avec un insufflateur on peut atteindre les gencives vers la racine aussi profondément qu'on veut. Dans le traitement de l'empyème du sinus on peut amener l'agent thérapeutique jusqu'aux parties les plus reculées. On peut arrêter aisément une hémorragie secondaire avec un jet de solution d'adrénaline avec une pression modérée.

Pour poser une couronne et un bridge l'air comprimé assure une dessiccation parfaite.

Afin de chasser les odeurs de médicaments qui règnent souvent dans le cabinet d'opération on peut y pulvériser de l'essence de lavande avec de l'air comprimé.

Après l'anesthésie au protoxyde d'azote on rend aisément la connaissance au patient par un courant d'air le frappant en pleine figure.

(Dental Register.)

L'acoïne, nouvel anesthésique.

L'acoïne provient de la guanine, leucomine résultant de la décomposition du guano. C'est une poudre blanche, amorphe, soluble dans l'alcool et, jusqu'à concurrence de 6 o/o, dans l'eau froide pure. Sa réaction est neutre, ses propriétés antiseptiques sont fortes. Une solution à 6 o/o a de fortes propriétés caustiques et ne doit pas s'employer pour l'usage interne, ni en injections hypodermiques. Les préparations d'acoïne se conservent pendant des mois sans changer de couleur dans des flacons de verre pas de couleur sombre, car les alcalins précipitent la base. Conservée dans des flacons de verre impur, la solution devient

opalescente, les traces d'alcali provenant des impuretés du verre qui pénètrent dans la solution produisent ce précipité. La durée de l'anesthésie varie suivant la force des solutions.

1-1000	durée de l'anesthésie	15′
1-400	—	30′
1-200	—	60′
1-100	—	80′
1-40	—	plus de 24 heures.

Administrée à l'intérieur ou en injection sous-cutanée son action est semblable à celle de la cocaïne, sauf qu'elle est moins toxique et a une action anesthésique locale plus puissante.

M. S. T. Adamson, qui l'a souvent employée, lui donne la préférence sur tous les autres anesthésiques et la considère comme l'anesthésique de l'avenir.

(*Western Dent. J.*)

Le régime alimentaire comme cause de l'érosion.

M. G. Hamm, de Chillicothe (Ohio, Etats-Unis), étudie l'érosion dans une communication à la Société dentaire de l'Ohio et s'exprime en ces termes sur le régime alimentaire comme cause de l'érosion : « Nous parlons et nous entendons parler chaque jour de prophylaxie buccale et nous croyons fermement à l'idée de moyens préventifs consistant à éliminer la cause pour guérir l'effet ; cependant, nous ne pouvons pas empêcher que nos patients ne viennent d'ordinaire trop tard dans un état auquel il n'est plus possible d'appliquer des mesures prophylactiques. C'est très bien de parler de théorie des germes, de bactéries, de prophylaxies, mais nous trouvons les bouches les plus propres infectées de bactéries et de fermentation acide. Celles-ci ne font pas grand mal d'ordinaire, mais quand il y a insuffisance de la fonction éliminatrice des reins et du tube digestif, nous pouvons croire que c'est là le premier facteur dans la production des causes qui agissent si aisément et qui déterminent la maladie locale connue sous le nom d'érosion.

(*Dental Summary*, juillet 1906.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Enlèvement des pivots cassés des canaux radiculaires. — Prendre une fraise à tête en forme de rose, suivre le pivot et le couper, au lieu de couper des tissus durs qui l'entourent. — Les pivots de platine sont mous et se coupent facilement. (*Dent. Cosm.*)

Moyen d'empêcher les bulles dans la porcelaine. — Dans les couronnes et les bridges il est fréquent d'avoir une masse de bulles. Il faut bien spatuler la porcelaine avant de la mettre en place. Souvent on met trop d'eau. La première portion de porcelaine introduite doit être un peu plus humide que le reste, pour pouvoir pénétrer dans tous les interstices. Après cela la travailler plus sèche jusqu'à ce que toute l'humidité soit à la surface. La porcelaine prend tant que cette humidité se montre en manipulant. Si cette manipulation n'est pas convenablement faite, il se produit, quand l'humidité s'est évaporée, un espace plein d'air, qui formera une bulle le travail fini. En mettant de la porcelaine humide dans un four chaud, on a un autre inconvénient. Si elle n'est pas bien sèche, il se forme une bulle ou une fissure, qu'il est presque impossible de remplir plus tard. La raison pour laquelle nous avons tant de bulles dans le bridge, c'est que nous employons des quantités de porcelaine à la fois sur un bâti rigide. La première couche ne doit ni recouvrir les pivots ni même les toucher ; sinon, en se rétractant, elle laisse un espace plein d'air, qui forme une bulle. Appliquer des couches successives jusqu'à ce que le bâti soit couvert, en produisant une surface unie chaque fois. Par ce moyen la porcelaine est exempte de bulles, qu'on emploie beaucoup ou peu d'or. (*West. Dent. J.*)

Limitation de la coulée de soudure. — Pour limiter la coulée de soudure d'or à une zone déterminée, avec un crayon à la plombagine pointue tracer une ligne autour de cette zone et la soudure ne dépassera pas celle-ci. (*West. Dent. J.*)

Polissage du caoutchouc. — Un nouveau moyen pour produire un brillant extraordinaire sur les pièces en caoutchouc est recommandé par Gruber. Prendre un mélange de plâtre et d'alcool et procéder comme avec la craie. *(Deutsche Zahnärztliche Zeitung.)*

G.

Arrêt des hémorragies. — Pour arrêter des hémorragies la *Deutsche Med. Wochenschrift* recommande une préparation de permanganate de potasse avec de la vaseline à 4 0/0. Il faut que la préparation soit tenue bien fermée.

S.

Élargissement des canaux. — Pour élargir les canaux, M. Jaime D. Losada emploie communément l'acide sulfurique et des tire-nerfs Donaldson dans les dents mono-radiculaires ou, quand il croit qu'il n'y a pas de danger, il emploie des fraises flexibles. Pour désinfecter il emploie indifféremment l'essence de cassia, celle de girofle, suivant le cas. Il obture avec des pointes de gutta après avoir rempli la racine avec cette substance dissoute dans du chloroforme avec quelques gouttes d'essence d'eucalyptus. *(La Estomatologia.)*

Dentifrice au formol. —

Alcool absolu................	1000 gr.
Formaldéhyde à 40 0/0.......	100 —
Teinture de benjoin } āā	50 —
— — myrrhe }	
Essence d'anis...............	5 —
— de menthe...........	15 —
— de cochenille........	10 —
— de badiane	5 —

M. s. a. et filtrer 2 ou 3 fois. Ponr gargarismes 20 gouttes dans un verre d'eau. *(La Estomatologia.)*

Pansement arsenical sans pression. — Mélanger du ciment à la consistance claire, mettre une petite goutte de pâte d'arsenic sur un morceau de papier et porter ce papier dans la cavité avec les pinces, presser sur place avec un brunissoir. Le papier facilite la mise en place et empêche le ciment d'adhérer à l'instrument. *(Dental Summary.)*

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE REIMS (1er-6 AOUT 1907)

SECTION D'ODONTOLOGIE

Liste des adhérents.

Amoëdo, Paris.
André (G.), d°
André, d°
Arlet (Paul-Albert), Corbeny (Aisne).
Arlet (Jules-Edouard), d°
Audy, Senlis.
Barden, Paris.
Bertrand (L.), d°
Billet, d°
Bioux (L.), d°
Blatter, d°
Bonnaric (E.), Lyon.
Bonnaric (J.), d°
Borkowsky, Neuilly-sur-Seine.
Bouchard, Lyon.
Boudy, Paris.
Brodhurst, Montluçon (Allier).
Brown, Bruxelles.
Cavalié, Bordeaux.
Cayrol, d°
Choquet, Paris.
Coeylas, d°
Collard, d°
Contenau, d°
Cramer, d°
Crapez, Reims.
Crépier, Lyon.
D'Argent, Paris.
Dauzier, d°
Décolland, d°
Dehogues, d°
Delair, d°
Devoucoux, d°
Devoucoux, Alençon (Orne).
Didsbury, Paris.
Dreyfus, d°
Dubois (P.), d°
Dubourg, d°
Ducournau, d°
Ducuing, Bordeaux.
Erny, Lyon.
Etchepareborda, Buenos-Ayres.
Eudlitz, Paris.
Fay, Bruxelles (Belgique).
Fouques, Paris.
Fourquet, d°
Franchette, Vincennes.
Frey, Paris.
Frison, d°
Friteau, d°
Geoffroy, d°
Gleizes, Bordeaux.
Godon, Paris.
Goyheneix, d°
Guiart, d°
Guillot, Lyon.
Guye, Genève (Suisse).
Heïdé, Paris.
Hermann, Nantes.
Hivert, Paris.
Huet, Bruxelles.
Hugot, Paris.
Insall, d°
Jacques (P.), Nancy.
Jean (Francis), Paris.
Jean (Francis-Charles), d°
Jeay, d°
Joachim, Bruxelles.
Joly, Calais.
Lacroix, Niort (Deux-Sèvres).
Lalement (A.), Nevers.
Lalement (G.), Paris.
Lannois, d°
Lassaque, Bordeaux.
Lebedinsky, Paris.
Lee, Reims (Marne).
Lemerle (G.), Paris.
Lemerle (L.), d°
Lepelletier, d°
Machtou, d°
Mahé, d°
Maleplate, d°
Marillier (Mme), d°
Martinier, d°

Masson (Henry), d°
Morche, Asnières (Seine).
Neech, Paris.
Névrezé (de), Paris.
Oubrerie, Bordeaux.
Pailliottin, Paris.
Pélissier, d°
Person, St-Cloud.
Philippoteaux, Paris.
Pincemaille, St-Amand (Cher).
Pinèdre, Bordeaux.
Platschick, Paris.
Pont, Lyon.
Prével (M.-B.), Paris.
Prost-Maréchal.
Prudhomme, d°
Quarterman, Bruxelles.
Queudot, Paris.
Quintin, Bruxelles.
Ravet, Lyon.
Riasse, Paris.
Robin, d°
Rodolphe, d°
Roussel (Geo. A.), Paris.
Rousset (P.-J.), d°
Roy, d°
Routurier, Bordeaux.
Saurain, Paris.
Sauvez, d°
Seigle, Bordeaux.
Sénécal, Le Raincy (S.-et-O.).
Smadja, Paris.
Soulard, Lyon.
Staviski, Paris.
Theuveny, d°
Thuillier, Rouen.
Touchard, Paris.
Touvet-Fanton, d°
Tzanck, d°
Vauret, Bordeaux.
Viau (G.), Paris.
Viau (L.), d°
Vicat, Lyon.
Vichot (J.), d°
Villain (G.), Paris.
Villain (H.-L.), d°

Communications inscrites.

Frey. — 1° Résection apicale. Etude statistique et critique.
2° Erosion dite chimique et terrain.

Frey et Philippoteaux. — Quelques considérations sur les redressements.

Geoffroy. — Parallélisme pour pivots, bridges, etc.

G. Villain. — 1° Des obturations par les inlays d'or (Inlays d'or creux).
2° Des bridges physiologiques (Etude comparée de bridges fixes, amovibles, physiologiques).

Platschick. — Inlays d'or.

Francis Jean. — Expansion des arcades dentaires et des maxillaires par les appareils amovibles.

Touvet-Fanton. — De l'utilité, pour la conservation des racines, de leur coiffage avec frettes ou bagues.

André. — Le diabète (Observations tendant à démontrer son origine dentaire par auto-intoxication).

Martinier. — 1° *Orthodontie*. — Redressement vertical et parallèle de deux canines (suite de la communication faite au Congrès de Lyon, 1906).
2° Redressement tardif. — Avantages des appareils à plaques pour la correction des irrégularités.

3° Prognathisme du maxillaire supérieur. Série de cas traités avec l'appareil de l'auteur.

4° *Prothèse para-dentaire.* — Appareil de prothèse destiné à remédier, au double point de vue esthétique et fonctionnel, à un prognathisme exagéré et irréductible du maxillaire inférieur.

5° *Clinique de prothèse.* — Appareils de prothèse dentaire combinés d'après les indications fournies par certaines manifestations diathésiques de la cavité buccale.

Ducournau. — Un cas de restauration bucco-faciale (Présentation du malade).

Friteau. — 1° Des fours à pyromètres.

2° Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle (masque Robinson).

3° Anesthésie mixte, chlorure d'éthyle et chloroforme.

4° Stérilisation des instruments dentaires.

5° Tours de main et petits appareils.

Audy et André. — Combinaison hyperanesthésique de la cocaïne.

Theuveny. — L'état histologique des follicules dentaires chez les embryons, fœtus et nouveau-nés, dans les cas d'infection conceptionnelle (syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc.).

Brodhurst. — Présentation d'un séparateur déposé sous le nom d'écarteur.

Borkowsky. — Présentation d'un porte-empreinte universel.

De Névrezé. — 1° Orthopédie faciale : Traitement des malformations dento-faciales.

2° Dévitalisation de la pulpe.

Staviski. — Etudes sur le traitement de la carie du 3e degré.

Décolland. — De l'anesthésie à distance et à petites doses.

Delair. — 1° Prothèse métallique du crâne. Temporal.

2° Appareil extenseur des cicatrices du voile du palais à la suite de staphylorraphie.

3° Larynx artificiel perfectionné.

4° Deux cas de prothèse restauratrice du maxillaire supérieur.

5° Deux cas de prothèse bucco-faciale à la suite de coups de feu.

6° Appareil nouveau de prothèse vélo-palatine pour enfant.

7° Appareil extenseur après hémirésection du maxillaire inférieur.

Saurain. — Traitement rationnel de la carie du 4e degré.

Prudhomme. — 1° Les indications de l'anesthésie locale et de l'anesthésie générale.
2° Les accidents d'évolution de la dent de 6 ans.

Lee. — Double anomalie de nombre et de position chez le même sujet.

Goyheneix. — Traitement du 4e degré par le sodium et le potassium.

Lalement (de Paris). — Moyens préventifs contre les fractures des prémolaires supérieures.

Touchard. — 1° Nouvelle application des anesthésiques locaux pour l'insensibilisation de la dentine et de la pulpe.
2° Présentation d'un odontome adamantin.
3° Anesthésie générale : chlorure d'éthyle (sans masque).

Machtou.— 1° Appareil pour l'expansion des arcades dentaires.
2° Anesthésie locale par les courants électriques.

Quintin. — De l'utilité de l'institution d'un cours de déontologie dans les écoles dentaires.

Pincemaille. — Le traitement conservateur dans la pulpite.

G. Villain et C. Bouillant. — La prothèse pratique au Laboratoire de l'Ecole dentaire de Paris.

Godon. — Considérations sur le traitement des irrégularités des dents. (Quelques observations de redressements par l'expansion des arcades dentaires.)

Mme Marillier. — Trois cas de caries multiples à marche extrêmement rapide.

Sauvez. — A propos des accidents de dents de sagesse.

Jacques. — Symptomatologie. Diagnostic et traitement des kystes para-dentaires du maxillaire supérieur.

Roy. — 1° L'intervention dans les kystes uniloculaires des maxillaires.
2° L'amputation de la pulpe et ses résultats éloignés dans le traitement du 3e degré.

Choquet. — Etude comparative des dents humaines dans les différentes races.

Smadja. — Coiffes en or coulées partiellement.

Barden. Le titre sera indiqué ultérieurement.
Pont. *d°*
Robin. *d°*
Blatter. *d°*
Cramer. *d°*

Eudlitz. Le titre sera indiqué ultérieurement.
Hermann. *d°*
Cavalié. *d°*
Vauret. *d°*
Didsbury. *d°*

Démonstrations pratiques.

Frey. — 1° Résections apicales.
2° Extractions à la gouge et au maillet.

Geoffroy. — Procédés d'estampage avec métal fusible à basse température.

Goyheneix. — Traitement du 4e degré par le sodium et le potassium.

G. Villain. — Inlays en or creux.

Friteau. — Anesthésie mixte.

Décolland. — 1° De l'anesthésie à distance et à petites doses.
2° Présentation et démonstration d'un appareil permettant d'obtenir la narcose, d'après ce principe.
3° Présentation d'une pince porte-seringue à injections.

Prudhomme. Le titre sera indiqué ultérieurement.
Riasse. *d°*

Ash. — 1° Méthode simplifiée pour faire des sections de gencive continue au moyen d'un corps d'émail spécial à haute fusion, sans base de platine.
2° Fabrication des inlays et leur mise en place avec du ciment.
3° Méthode pour teinter les dents artificielles.
4° Appareil à estamper d'Ash avec tampon de caoutchouc plat, et ses usages dans le laboratoire dentaire.
5° Démonstration du four de Platschick, pour le coulage des inlays en or.

Rapports.

Barden et Franchette. — Pulpectomie totale et immédiate.

G. Villain. — Appareils extenseurs à poste fixe sans plaques et amovibles.

Frey. — De l'insuffisance des dents minérales.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

COMMISSION DES ÉTUDES DENTAIRES ET DE L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE.

La Commission des réformes des études dentaires et de l'orientation professionnelle s'est réunie le 18 juin, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Godon.

M. le professeur Cavalié, de Bordeaux, nommé commissaire dans la dernière séance, assistait à la réunion, ainsi que MM. d'Argent, Frey, Francis Jean, L. Lemerle, Mahé, Martinier, Rigolet (d'Auxerre), Roy, Touvet-Fanton et G. Villain.

La commission a procédé d'abord à la nomination de deux vice-présidents : le président de l'Association générale des dentistes de France, M. Francis Jean, et le président de la Société d'Odontologie de Paris, M. Touvet-Fanton.

Le bureau est ainsi composé de MM. C. Godon, président; Francis Jean et Touvet-Fanton, vice-présidents, et G. Villain, secrétaire.

La commission s'est ensuite adjoint M. le Dr Claude Martin, de Lyon, sur la proposition de M. Mahé, et elle a décidé d'entendre M. Monnin, du Mans, au mois d'octobre prochain, sur la demande de celui-ci.

Elle a abordé ensuite l'examen de la deuxième question inscrite à son programme : *Etudes techniques*. Elle a entendu sur cette question le rapport de M. G. Villain, puis, sur la question du stage, un rapport de M. Rigolet concluant au stage chez le dentiste.

Après une discussion approfondie, dans laquelle chacun des membres présents a formulé son avis, elle a adopté comme solution de cette question les conclusions du rapporteur M. G. Villain, qui reproduisent à peu près celles du rapport Lannelongue, sous la forme de la résolution suivante :

« Les études dentaires ont une durée de 5 ans et se décomposent ainsi :

1° — 2 ans de stage de prothèse de laboratoire avec des cours théoriques de sciences accessoires se rapportant à la prothèse.

» Ce stage se fera dans une école dentaire reconnue d'utilité publique ou dans une école d'Etat et sera terminé par un examen de validation.

» 2° — 3 ans de scolarité dans une école dentaire, avec des examens techniques. »

M. le professeur Cavalié a exposé ensuite ses idées générales sur les réformes à apporter aux études dentaires et sur l'orientation de la profession, qu'il a fait connaître déjà dans son rapport au Ministre de l'Instruction publique et qu'il applique dans l'enseignement dentaire dont il vient d'être chargé à l'Université de Bordeaux.

La commission s'est ajournée à juillet et s'est séparée à minuit.

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE A L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Arrêté autorisant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux à organiser un enseignement dentaire (du 11 mars).

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

Vu le décret du 25 juillet 1893 relatif aux études pour le diplôme de chirurgien-dentiste ;

Vu le décret du 31 décembre 1894, modifiant le décret du 25 juillet 1893, relatif aux études pour le diplôme de chirurgien-dentiste ;

Vu le décret du 14 février 1894 relatif aux droits à percevoir des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste ;

Vu le décret du 26 février 1907 ;

Vu la loi du 10 juillet 1906 ;

Vu les propositions de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Vu la délibération du Conseil de l'Université de Bordeaux en date du 5 juin 1907 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique,

Arrête :

La Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est autorisée à organiser un enseignement dentaire dans les conditions prévues par les décrets du 25 juillet 1893, 14 février et 31 décembre 1894 et 26 février 1907.

(Revue internationale de l'Enseignement.)

LÉGISLATION DENTAIRE AUX PHILIPPINES

(Résumé.)

Une loi promulguée le 10 janvier 1903 réglemente de la façon suivante la profession dentaire aux îles Philippines.

La Commission de la santé publique des îles nomme un Conseil d'examinateurs dentaires avec l'avis et le consentement du Conseil sanitaire des îles, composé de trois dentistes honorables, diplômés d'écoles dentaires honorables enregistrées et reconnues par l'Association nationale des facultés dentaires et l'Association nationale des examinateurs dentaires des Etats-Unis d'Amérique.

Le Conseil d'examinateurs dentaires des îles délivre un certificat de chirurgien-dentiste à tout candidat produisant un diplôme de docteur en médecine ou de docteur en chirurgie dentaire émanant d'une école dentaire enregistrée et subissant en outre devant lui un examen satisfaisant sur l'anatomie, la physiologie, l'histologie, la physique, la chimie, la métallurgie, l'anatomie et la physiologie dentaire, la matière médicale, la thérapeutique, la pathologie et la bactériologie dentaires, l'orthodontie, la chirurgie de la bouche, la dentisterie opératoire, la prothèse dentaire.

Deux mois après la première réunion du Conseil d'examinateurs dentaires l'exercice de l'art dentaire aux îles Philippines est interdit à quiconque n'est pas pourvu d'un certificat d'enregistrement délivré par ledit Conseil, ou ne s'est pas engagé sous serment auprès du secrétaire-trésorier dudit Conseil à produire ce certificat, en indiquant le lieu et le temps pendant lequel il a pratiqué dans les îles avant la promulgation de la loi.

Quiconque exerce l'art dentaire aux îles Philippines au moment de la promulgation de la loi doit dans les deux mois suivants se faire enregistrer par le secrétaire-trésorier du Conseil précité, qui moyennant le paiement des droits, lui délivre le certificat d'enregistrement.

Tout contrevenant à cette disposition est tenu de subir un examen devant le Conseil avant de pouvoir légalement exercer à nouveau l'art dentaire dans les îles.

Est considéré comme exerçant la dentisterie quiconque exécute une opération ou une partie d'opération sur les dents ou les maxillaires humains, restaure artificiellement des dents, des maxillaires ou des parties de maxillaires, traite les maladies ou lésions ou corrige les malpositions de celles-là. Cette disposition ne s'applique pas aux mécaniciens-dentistes et aux étudiants en dentisterie pratiquant dans une école dûment enregistrée, sous la surveillance d'un professeur, des opérations sur un patient.

Tout praticien doit mettre son nom à un endroit visible sur la maison ou sur le cabinet où il exerce et exposer dans ce cabinet son certificat à la vue des patients. (*Dental Cosmos*, mai 1906.)

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort de notre confrère, M. Eugène-Georges Bianchi, chirurgien-dentiste à Lille, ancien conseiller municipal de cette ville, à l'âge de 57 ans.

*
* *

Notre confrère M. William Crosse, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'avoir la douleur de perdre sa femme, à l'âge de 32 ans.

*
* *

Notre confrère M. Jules Rat, membre de l'Association générale des dentistes de France, chirurgien-dentiste à Poitiers, a eu la douleur de perdre son père, à l'âge de 66 ans, le 10 de ce mois.

*
* *

Notre confrère M. Armand Eustache, de Tonnerre, membre de l'Association générale des dentistes de France, vient d'avoir la douleur de perdre son père, décédé le 17 juin, dans sa 67e année.

Nous adressons à nos confrères ou à leurs familles l'expression de nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Nomination.

M. le D[r] Mulon, chef des travaux pratiques d'histologie à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé professeur agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Distinction honorifique.

Nous apprenons que M. J. S. Chevrier, chirurgien-dentiste à Cognac, vient d'être nommé officier d'académie.

Notre confrère a créé depuis plusieurs années un service d'inspection dentaire dans les écoles de la ville. Il a organisé un système de fiches qui lui permet d'examiner annuellement les bouches de 2600 enfants et de leur donner des soins dans un dispensaire mis à sa disposition. Cette méthode a, du reste, été suivie dans plusieurs autres villes.

Nous lui adressons nos bien sincères félicitations.

Au Parlement allemand.

Le député Liebermann, de Sonnenberg, a déposé au Parlement allemand, à la séance du 24 avril 1907, la proposition suivante :

« Le Parlement invite les Etats confédérés à ouvrir dans leurs budgets respectifs des crédits pour la nomination de chirurgiens-dentistes militaires et à prendre des mesures pour que les étudiants en dentisterie fassent, à l'égal des étudiants en médecine et des étudiants en médecine vétérinaire, les six premiers mois de leur année de service militaire en qualité de soldats, les derniers six mois en qualité d'aides-médecins volontaires. »

La proposition a été mise aux voix, après avoir été divisée en deux, et les deux parties ont été successivement adoptées.

Chirurgiens-dentistes militaires.

D'après le règlement sur le service de santé en temps de guerre publié récemment dans l'armée allemande, un chirurgien-dentiste est affecté à la section des hôpitaux de campagne ; il est placé sous les ordres du chef de cette section, qui est un médecin-major de 1[re] classe. Le matériel nécessaire à ces dentistes (à raison d'un par corps d'armée) se trouve dans la caisse dentaire, qui contient les instruments de prothèse, de dentisterie opératoire et les appareils nécessaires pour les fractures du maxillaire.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1907.

C

Q

R

S

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ENSEIGNEMENT

FAITS CLINIQUES

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE.

HYGIÈNE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

NOTES THÉRAPEUTIQUES

NOTES PRATIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DE L'ÉTRANGER

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRIBUNE OUVERTE

VARIA

NOMS D'AUTEURS
